



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

RAPORTOINTI ERIKOISSAIRAANHOIDON VUODEOSASTOILLA HOITAJIEN KOKE- MANA

Erika Lahtinen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LAHTINEN, ERIKA:

Raportointi erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla hoitajien kokemana

Opinnäytetyö 69 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Maaliskuu 2016

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia osastojen raportointi- ja kirjaamiskäytänteistä. Opinnäytetyöhön osallistuneet osastot olivat neurologisia erikoissairaanhoidon vuodeosastoja, joilla työskentely vaatii hoitajalta hoitotyön erikoisosaamista. Osastojen ympäristö tuo omat haasteensa hoitotyön raportoinnin sekä kirjaamisen laadukkaaseen toteuttamiseen.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille hiljaisen raportoinnin hyötyjä ja sitä kautta edesauttaa osastoja siirtymään hiljaiseen raportointiin sairaalan linjauksen mukaisesti. Opinnäytetyön ongelmien avulla opinnäytetyössä kartoitettiin, mitä hyvää hoitajat kokevat käytettävässä raportointimuodossa, mitä haasteita hoitajat kokevat käytettävässä raportointimuodossa, mitä valmiuksia hoitajalta vaaditaan laadukkaaseen raportoinnin toteuttamiseen ja millaisin tavoin hoitajia voisi kannustaa hiljaiseen raportointiin siirtymiseen.

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää. Opinnäytetyön aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen aihealueita olivat taustatiedot, hoitotyön kirjaaminen sekä suullinen ja hiljainen raportointi. Kyselylomake sisälsi monivalintakysymyksiä ja -väittämiä sekä avoimia kysymyksiä. Kyselyyn vastasi 25 % (N=17) hoitajista. Kyselylomakkeet analysoitiin käyttäen SPSS –tilastointiohjelmaa. Tuloksia esitetään numeroin, kuvioin ja sanallisesti.

Tulosten mukaan suurin osa hoitajista oli tyytyväisiä kirjaamisen toteutumiseen osastoilla, mutta tämän lisäksi 72 % ilmoitti, että hoitotyön kirjaamisessa on kehitettävää. Hiljaista raportointia käyttävistä hoitajista enemmistö oli tyytyväisiä raportointimuotoon ja kokivat sen parantaneen kirjaamisen laatua osastoilla. Myös suullista raportointia käyttävistä hoitajista suurin osa koki raportointimuodon toimivaksi. Hiljaista raportointia käyttävistä hoitajista 83 % koki joidenkin asioiden vaativan myös suullisen raportin, saadakseen riittävän kuvan potilaan tilasta. Suullista raportointia käyttävistä hoitajista 57 % ilmoitti, että kaikki suullisesti raportoitu ei löydy sähköisistä potilasasiakirjoista.

Hoitotyön kirjaamisen laatu on merkittävin raportointiin vaikuttava tekijä riippumatta siitä, onko kyse suullisesta vai hiljaisesta raportointimuodosta. Osastoilla tulisi miettiä, miten hoitotyön kirjaamista saataisiin kehitettyä laadukkaammaksi kansallisten lakien ja asetusten mukaisesti. Tärkeää on ymmärtää, että hiljainen ja suullinen raportointi eivät poissulje toisiaan, vaan täydentävät toinen toistaan tarpeen mukaan. Hiljaisessa raportoinnissa hoitajien välinen kommunikaatio on yhtä tärkeää kuin suullisessa raportoinnissa.

Asiasanat: kirjaaminen, raportointi, potilasturvallisuus, laatu

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

LAHTINEN, ERIKA:

Nurses' Experiences of Reporting in the Wards of Specialized Health Care

Bachelor's thesis 69 pages, appendices 6 pages
March 2016

The purpose of this thesis was to explore nurses' experiences of reporting and documentation methods in the neurological wards of specialized health care. Working in the specialized health care demands expert skills from the nurses to execute high-quality care work including reporting and documentation. The objective is to assist in transfer to silent reporting by adducing its benefits. The problems were what is good reporting and what needs to improve in reporting, what kind of knowledge high-quality reporting demands and how nurses could be encouraged to transfer to silent reporting.

A quantitative method was applied in the study. The data of the study was collected through electronic questionnaire and were analyzed using SPSS -tool. 25 % (N=17) of the nurses responded to the study. The results reveal that the majority of the nurses were satisfied with reporting and documentation. 57 % announced that everything orally reported was not found from the electric documents. 83 % felt that silent reporting improved quality of documentation, however nurses felt that some things need oral reporting. 72 % announced that documentation should be improved.

The quality of the documentation is the most important factor affecting reporting despite a reporting method. According to national regulations and laws documentation should be high-quality. It is important to understand that oral and silent reporting do not exclude each other, communication between nurses is important in both.

Key words: documentation, reporting, patient safety, quality

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Hoitotyön kirjaaminen	8
3.1.1	Potilasasiakirjoja koskeva lainsäädäntö	9
3.1.2	Hoitotyön prosessi.....	11
3.1.3	Rakenteinen kirjaaminen.....	12
3.2	Hoitotyön raportointi	15
3.2.1	Suullinen raportointi	15
3.2.2	Hiljainen raportointi	17
3.3	Raportoinnin laatu.....	17
3.3.1	Osaston fyysiset olosuhteet	18
3.3.2	Hoitajien taidot ja osaaminen.....	19
3.3.3	Potilasturvallisuus	20
4	MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA	22
4.1	Menetelmän kuvaus	22
4.2	Kohderyhmä.....	23
4.3	Kyselylomakkeen kuvaus	23
4.4	Aineiston keruu.....	25
4.5	Aineiston analysointi	27
5	TULOKSET	29
5.1	Vastaajien taustatiedot	30
5.2	Kirjaaminen	31
5.3	Suullinen raportointi	39
5.4	Hiljainen raportointi.....	44
5.5	Muut tulokset	50
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	52
6.1	Tulosten tarkastelua	52
6.2	Opinnäytetyön eettisyys.....	55
6.3	Opinnäytetyön luotettavuus	58
6.4	Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	59
	LÄHTEET	61
	LIITTEET	64
	Liite 1. Saatekirje osastonhoitajille	64
	Liite 2. Saatekirje hoitajille	65
	Liite 3. Kyselylomake	66

1 JOHDANTO

Hoitajien toimiva yhteistyö osastoilla on tärkeä osa turvallista ja laadukasta hoitotyötä. Päivittäinen raportointi kuuluu oleellisena osana hoitajien väliseen yhteistyöhön terveydenhuollossa (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 83.) Yksiköstä ja osastosta riippuen raportointikäytännöt vaihtelevat, mutta tärkeää olisi, että yksiköiden ja osastojen sisällä olisi yhdenmukaiset linjaukset sekä selkeät ohjeet raportoinnin toteuttamiseen hoitajien oikeusturvan sekä potilasturvallisuuden takaamiseksi. Hoitohenkilökunnan tulisi muistaa, että Suomen lain mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Laadukkaalla hoitotyön raportoinnilla on suuri merkitys tämän lain toteutumisessa (Helovu ym. 2012, 83).

Raportointimuotoja on sekä suullista että hiljaista. Suullisessa raportoinnissa tieto potilaasta kulkee nimensä mukaisesti suullisesti hoitajalta toiselle vuoron vaihtuessa. Vuoronsa lopettava hoitaja kertoo sanallisesti olennaiset potilaan hoitoon vaikuttavat tiedot vuoronsa aloittavalle hoitajalle. Potilas voi halutessaan ja kyetessään osallistua suulliseen raportointitapahtumaan, jolloin puhutaan vuoteenvierusraportoinnista. Suullisen raportoinnin painopiste on pääosin potilaan sen hetkessä voinnissa ja tilassa. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 52; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

Sähköisen kirjaamisen kehittyminen mahdollistaa suullisten raporttien vähenemisen ja siirtymisen kohti hiljaista raportointia. Hiljaisessa raportoinnissa potilaan voinnista sekä hoidosta tiedotetaan hoitokertomuksen sekä muiden potilasasiakirjojen välityksellä. Hoitaja tutustuu vuoronsa alussa niiden potilaiden potilasasiakirjoihin, joita tulee hoitamaan vuoronsa aikana. Hiljaisesta raportoinnista käytetään myös nimityksiä kirjallinen tiedonvälitys sekä kirjallinen raportointi. Hiljaisessa raportoinnissa kirjaamisen tärkeys korostuu. Laadukas kirjaaminen mahdollistaa laadukkaan hiljaisen raportoinnin toteutumisen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tämän hetkisen linjauksen mukaan tavoitteena on, että hiljainen raportointi olisi pääasiallinen raportointimuoto, ja niin sanotuista suullisista kansliaraporteista luovuttaisiin. Hiljainen raportointi ei kuitenkaan poissulje täysin suullisen raportoinnin mahdollisuutta. Potilasasiakirjoista lukemiaan asioita voi tarpeen mukaan tarkentaa vuoronsa päättävältä hoitajalta. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 52; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

Hiljaiseen raportointiin siirtyminen edellyttää toimiakseen valmiuksia hoitoyksiköltä ja hoitohenkilökunnalta. Tärkein on hoitotyön kirjaaminen, joka on sekä suullisen että hiljaisen raportoinnin perusta. Kirjaamista ohjaavaa lainsäädäntöä on paljon, laajemmin la-keja on esitelty myöhemmin teoriaosuudessa sekä lähteissä. Tärkeimpiä Suomen laeista ovat muun muassa potilasvahinkolaki 585/1986, erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989, laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; henkilötietolaki 434/2003 sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. (Hallilla 2005, 19.) Hoitohenkilökunnan valmiudet ovat tärkeässä roolissa hiljaiseen raportointimuotoon siirtymisessä. Hoitajilla täytyy olla osaa- mista sekä tietoa siitä, mitä kirjataan, miten ja miksi (Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2015, 4).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sähköisen kyselylomakkeen avulla hoi- tajien kokemuksia osastojen raportointikäytännöistä sekä hoitotyön kirjaamisesta. Työelä- män tarpeena ja opinnäytetyön tavoitteena on edesauttaa osastoja siirtymään hiljaiseen raportointiin sairaalan linjauksen mukaisesti raportointimuotojen hyötyjä ja haasteita kar- toittamalla.

2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia kolmella erikoissairaanhoidon vuodeosastolla osastojen raportointikäytänteistä ja hoitotyön kirjaamisesta.

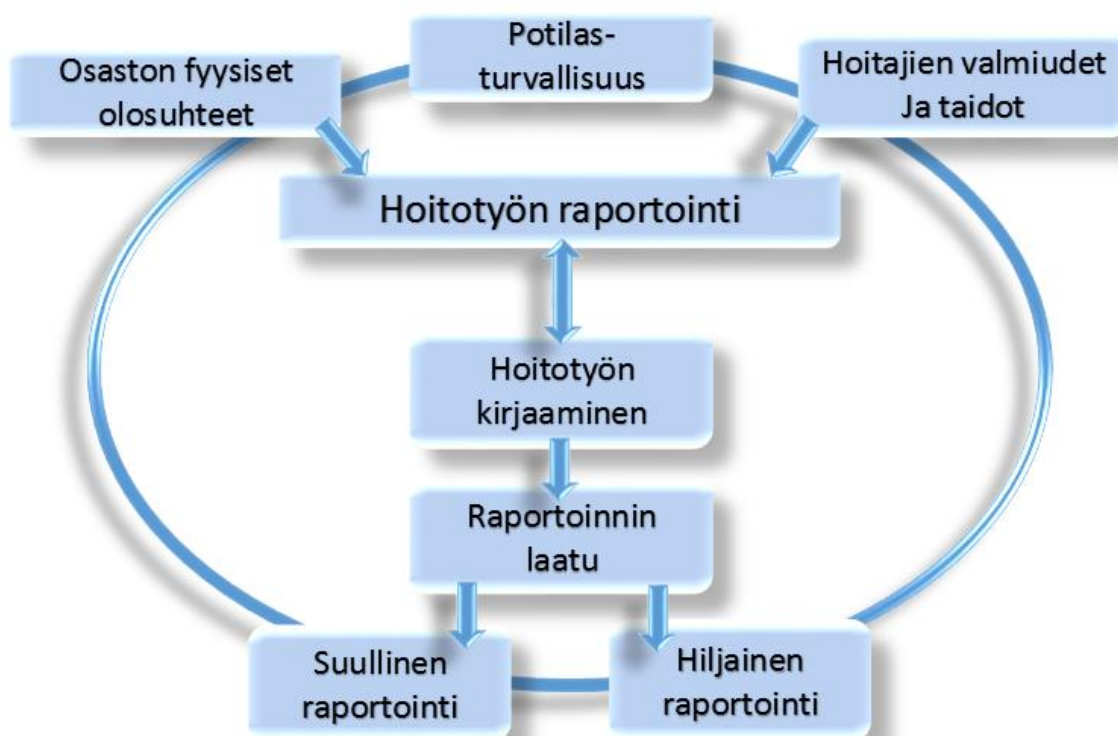
Opinnäytetyön ongelmat:

1. Mitä hyvää hoitajat kokevat käytettävässä raportointimuodossa?
2. Mitä haasteita hoitajat kokevat käytettävässä raportointimuodossa?
3. Mitä valmiuksia hoitajilta vaaditaan laadukkaan raportoinnin toteuttamiseksi?
4. Millä tavoin hoitajia voisi kannustaa hiljaiseen raportointiin siirtymiseen?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille hiljaisen raportoinnin hyötyjä ja tätä kautta edesauttaa osastoja siirtymään hiljaiseen raportointiin sairaalan linjauksen mukaisesti.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Viitekehys rakentui sen pohjalta, mitä opinnäytetyön kannalta oli olennaista tietää, jotta ymmärrettäisiin kaikki laadukkaan raportoinnin toteutumiseen vaikuttavat taustatekijät. Opinnäytetyön teorian keskiössä on hoitotyön raportointi. Hoitotyön kirjaaminen on edellytys suullisen ja hiljaisen raportoinnin toteutumiselle. Hoitotyön kirjaamisella on suuri vaikutus raportoinnin laatuun. Hoitotyön raportoinnin ja kirjaamisen toteutumiseen vaikuttavat myös osaston fyysiset olosuhteet sekä hoitajien valmiudet ja taidot. Potilasturvallisuus vaikuttaa kaikkiin viitekehyksen aihealueisiin, koska sen toteutuminen tai toteutumattomuus on seurausta hoitotyön raportoinnista ja kirjaamisesta. Jokaista viitekehyksen aihealuetta on avattu opinnäytetyön teoriaosuudessa (kuvio 1).



KUVIO 1. Opinnäytetyön viitekehys

3.1 Hoitotyön kirjaaminen

Tässä opinnäytetyössä hoitotyön dokumentoinnista käytetään nimitystä hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan potilaskertomukseen tallennettua tietoa, jolla perustellaan ja oikeutetaan potilaan saamaa hoitoa, se toimii myös todisteena potilaan

saaman hoidon vaikuttavuudesta. Kirjaamisella on juridinen merkitys niin potilaan kuin hoitohenkilökunnan oikeusturvan kannalta. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 40.) Käytettävissä olevan tiedon laadukkuus vaikuttaa hyvän hoidon toteutumiseen, jonka vuoksi laadukas hoitotyön kirjaaminen on ensiarvoisen tärkeää. Laadukas hoitotyön kirjaaminen mahdollistaa turvallisen hoitotyön toteuttamisen. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 157.)

Kirjaaminen on hoitotyön osaamisen ydinaluetta sekä hoitohenkilökunnan lakiin perustuva velvollisuus (Roivas & Karjalainen 2013, 148). Sen tulisi olla potilaslähtöistä sekä asiakaskeskeistä (Rautava-Nurmi ym. 2014, 40). Potilasta koskevien asiakirjojen tulee olla sellaisia, että potilas tai hänen edustajansa voivat ymmärtää niiden sisällön. Potilaalla on oikeus halutessaan päästä tutustumaan omiin tietoihinsa. Potilasasiakirjat sekä niiden säilyttäminen ja sisältö ovat salassa pidettävää materiaalia. (Hopia & Koponen 2007, 13; Roivas & Karjalainen 2013, 148.)

3.1.1 Potilasasiakirjoja koskeva lainsäädäntö

Suomessa on useita lakeja, jotka ohjaavat potilasasiakirjoihin liittyvää toimintaa. Laeissa on muun muassa määritelty, kuinka potilaskertomukseen tehdään merkintöjä ja kuka näitä merkintöjä saa tehdä, miten potilasasiakirjoja tulee säilyttää ja kenellä on oikeus lukea niitä. Jokaisen terveydenhuollossa toimivan tulisi olla tietoinen tärkeimpien lakien sisällöstä, jotta osattaisiin toimia oikealla tavalla erilaisissa tilanteissa, jotka liittyvät potilasasiakirjoihin, niiden sisältöön ja käsittelyyn. (Virkkunen ym. 2015, 13, 17.)

Potilasasiakirjojen käsittely, säilytys ja salassapito

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädetyn lain (559/1994) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä salata niiden sisältämät tiedot sen mukaan, mitä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) on säädetty. Potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva laki säättää, että potilaalla on tiedonsaantioikeus omista potilasasiakirjoistaan eli potilas voi halutessaan pyytää hoidosta vastaavalta yksiköltä hoitoaan koskevat kirjaukset ja asiakirjat. Myös henkilötietolain (523/1999 26-28§) ja viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999 11§ & 12§) annetun lain säädösten puitteissa potilas saa halutessaan tarkistaa ja lukea omia potilasasiakirjojaan.

Hoitotyöntekijällä ei ole ammattinsa turvin automaattista oikeutta tutustua haluamiensa terveydenhuollon asiakkaiden potilasasiakirjoihin, mukaan lukien hoitohenkilökunnan omat ja lähipiirin potilastiedot. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (289/2009 4§) säädetään, että vain potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilaan potilasasiakirjoja siinä laajuudessa, kun heidän työtehtävänsä sitä edellyttävät. Oikeus lukea potilasasiakirjoja vaatii näin ollen voimassa olevan hoitosuhteen kyseiseen potilaaseen.

Potilasasiakirjoihin merkitseminen ja niiden sisältö

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009) säädetään kattavasti potilasasiakirjojen sisältöön liittyvistä asioista. Sosiaali- ja terveysministeriö, (STM 2012) on tehnyt myös oppaan terveydenhuollolle potilasasiakirjojen laatimisesta ja käsittelystä. Oppaassa on avattu edellä mainittua lakia ja koottu potilastietojen käsitteilyä koskevia periaatteita ja käytäntöjä.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009) on määritelty potilasasiakirjojen sisältö. Potilasasiakirjat sisältävät asetuksen mukaan potilaskertomuksen sekä kaikki hoitoon liittyvät ja muualta saadut tiedot sekä asiakirjat. Asetuksessa on useita pykälää potilasasiakirjoihin liittyen. Se määrittelee muun muassa potilasasiakirjojen laatimisen, potilasasiakirjamerkintöjä koskevat vaatimukset ja periaatteet, potilasasiakirjamerkintöjen määraajat, asiakirjojen toimittamisen sekä potilaskertomuksen sisällön.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (298/2009) mukaan merkinnät potilasasiakirjoihin tulee tehdä viivytyksittä. Viimeinen aikaraja on viisi vuorokautta sen jälkeen, kun potilas on poistunut kyseisen osaston hoidosta. Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä vain terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka osallistuvat potilaan hoitoon. Myös opiskelijoilla on oikeus tehdä potilasasiakirjoihin kirjauksia, mikäli he toimivat laillistetun hoitajan tehtävissä terveydenhuollossa tai työharjoittelun ohjaajan hyväksyessä kirjaukset. Potilasasiakirjojen merkintöjen tulee asetuksen mukaan olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Merkinnöissä käytettävän kielen tulee olla selkeää ja niissä tulee käyttää vain yleisesti hyväksyttyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Kirjauksista ja merkinnöistä tulee ilmetä myös tietojen lähde ja kirjaaja. Jokainen terveydenhuollon ammattihenkilö on vastuussa tekemistään kirjauksista ja merkinnöistä potilasasiakirjoihin.

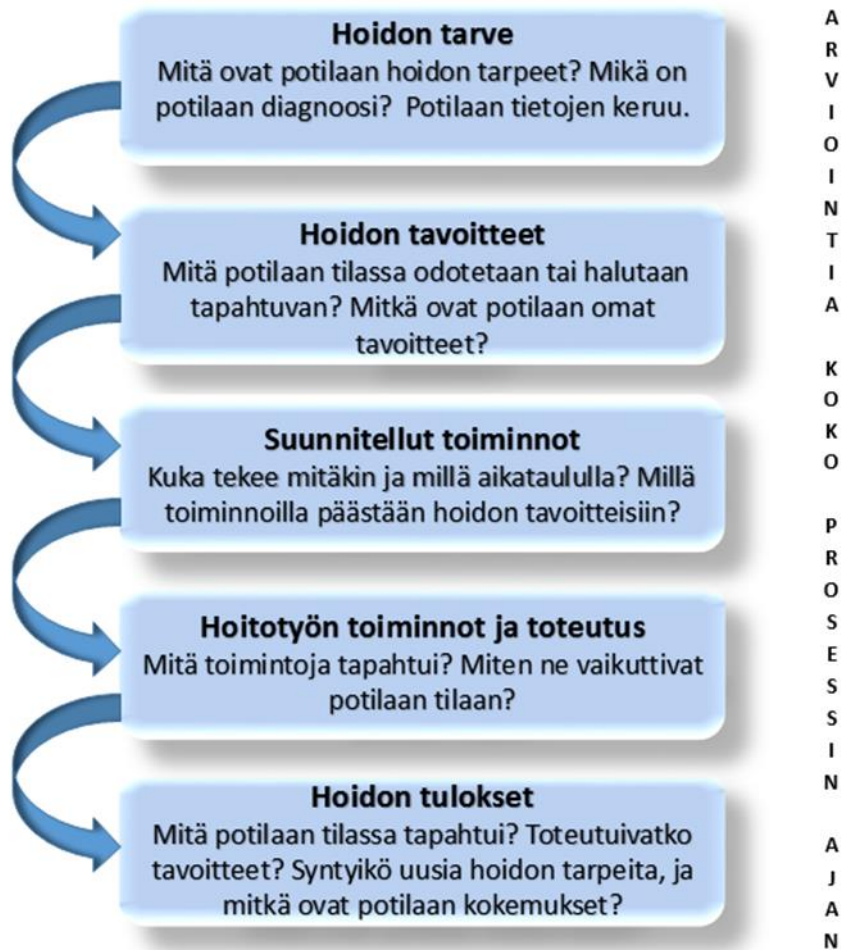
Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (298/2009) on säädetty, mitä potilasasiakirjojen tulisi kohta kohdalta sisältää. Sisällön määrittelyn tarkoituksena on taata se, että potilasasiakirjat olisivat mahdollisimman selkeitä ja luotettavia. Potilasasiakirjoihin merkittävät tiedot sisältävät muun muassa potilaan perustiedot, potilaskertomuksen keskeiset hoitotiedot, sairauden ja hoidon kulkua koskevat hoitotiedot.

3.1.2 Hoitotyön prosessi

Kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen tulisi toteuttaa hoitotyön prosessin mukaisesti (Iivanainen & Syväoja 2012, 15). Hoitotyön prosessi on tapahtumasarja, joka tarjoaa hoitotyölle järjestyksen ja suunnan, auttaen hoidon tavoitteiden saavuttamisessa. Se on työväline, joka auttaa hoitajia seurausten ennustamisessa ja arvioinnissa sekä päätöksenteossa. Hoitotyön prosessi tunnetaan myös nimellä hoidollisen päätöksenteon vaiheet, koska se vaiheittain edeten selkeyttää hoitotyön tapahtumaketjua ja auttaa hoidon toteuttamisessa. Hoitotyön prosessi toimii hoitotyön kirjaamisen perustana. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 10; Rautava-Nurmi ym. 2014, 45-46.)

Hoitotyön prosessin vaiheet muodostuvat potilaan hoidon tarpeesta, hoidon tavoitteista, suunnitelluista toiminnoista, hoitotyön toteutuksesta ja hoidon tuloksista. Hoitojakson päättyessä potilaan hoidosta tehdään hoitojaksoa lyhyesti kuvaava hoitotyön yhteenveto, jossa kerrotaan tiivistetysti hoidon aikaiset tapahtumat, potilaan sen hetkinen tila ja tarpeet sekä jatkosuunnitelma. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15.)

Hoitotyön prosessi suunnitellaan potilaan näkökulmasta ja se kirjataan potilasasiakirjoihin potilaslähtöisesti (Rautava-Nurmi ym. 2014, 46). Kirjaamisen lähtökohtana tulisi olla nimenomaan potilaan tarpeet, eivät hoitajien tekemiset (Syväoja & Äijälä 2009, 86). Hoitotyön prosessin vaiheita on esitelty kuviossa 2. Kuviossa on tarkennettu ja avattu kunkin vaiheen sisältöä. Hoitotyön prosessissa vaiheiden eteneminen ei ole aina suoraviivaista, vaan se elää potilaan tilan mukaan. Potilaan tilaa tulee arvioida koko hoidon ajan. Hoidossa saattaa ilmetä uusia hoidon tarpeita, jolloin joudutaan muokkaamaan myös hoidon tavoitteita ja suunniteltuja toimintoja. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15.)



KUVIO 2. Hoitotyön prosessin vaiheet (mukaillen Iivanainen & Syväoja 2012, 15)

3.1.3 Rakenteinen kirjaaminen

Rakenteisella eli systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan sitä, että potilasta koskeva tieto kirjataan ja tallennetaan sähköiseen potilaskertomukseen etukäteen sovittujen rakenteiden mukaisesti. Rakenteisessa kirjaamisessa käytetään ennalta sovittuja koodeja, luokituksia ja otsikoita, joiden avulla asiat kirjataan potilaskertomukseen yhtenäisen mallin mukaisesti. Yhtenäinen malli tarkoittaa sitä, että potilaskertomuksen sisältö on rakenteeltaan samanlainen riippumatta käytössä olevasta tietojärjestelmästä, terveydenhuollon yksiköstä tai toimipaikasta. Rakenteista tietoa voidaan tarpeen tullen tarkentaa vapaalla tekstillä. (Mäkelä 2006, 69; Syväoja & Äijälä 2009, 86; Virkkunen ym. 2015, 5.)

Suomessa rakenteisen kirjaamisen sisältö tuotetaan Suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden, Finnish Care Classificationin (FinCC) avulla. FinCC -luokitus sisältää hoidon tarveluokituksen (SHTaL), hoitotyön toimintaluokituksen (STHoL) ja hoidon tuloluokituksen (SHTuL). Potilaan päivittäisiä toimintoja kirjataan tarve- ja toimintaluokituksen avulla. Hoidon tuloksella kuvataan potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia hoitojakson aikana sekä arvioidaan tavoitteiden toteutumista. (Liljammo ym. 2012, 10-18.)

FinCC sisältää erilaisia potilaan hoitoon liittyviä komponentteja, pääluokkia ja alaluokkia, joiden avulla potilaan tilaa tarkkaillaan ja seurataan (taulukko 1). Komponentti on yleispätevä hoidon tarve tai toiminto, esimerkiksi hengitys. Hengityksen pääluokkaan kuuluvat hengitysvajaus, aspiraatoriski, limaisuus ja hengitykseen liittyvä tiedon tarve. Hengitysvajauksella on omat alaluokkansa, jotka sisältävät hengenahdistuksen, hyperventilaation, yskän, tukkoisen hengityksen ja hengityksen muutoksen. Potilaan tarpeiden ja tilanteen mukaan hoitaja valitsee komponentin ja alaluokan, jonka alle kirjaa yksityiskohtaisemmin potilaan tilasta. Suomalaisella hoitotyön toimintaluokituksella (STHoL) on sama rakenteellinen toimintaperiaate. Suomalaisen hoidon tuloluokituksen (STHuL) avulla on tarkoitus kuvata potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia, hoidon vaikutuksia sekä tavoitteiden toteutumista. Tuloluokituksen mukaan potilaan tilanne voi olla joko parantunut (PA), ennallaan (EN) tai huonontunut (HUO). Tuloluokituksen perusteella potilaalle luodaan uudet tarpeet ja toiminnot. Hoito voi pysyä ennallaan, sitä voidaan joutua tehostamaan tai potilaan tila voi olla parantunut, jolloin joistain hoitomenetelmästä voidaan mahdollisesti luopua. (Itä-Suomen yliopisto & Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012; Liljammo ym. 2012, 10-18, 54.)

TAULUKKO 1. Suomalainen hoidon tarveluokitus, SHTaL (Itä-Suomen yliopisto & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012)

Tunnus	Komponentti	Tunnus	Pääluokka	Tunnus	Alaluokka
5188	Hengitys, Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät	5195	Hengitysvajaus Hapen puutteesta tai ventilaatiovajauksesta johtuva tilanne	5196	Hengenahdistus
				5197	Hyperventilaatio
				5198	Yskä
				5199	Tukkoinen hengitys
				5200	Hengitystiheyden muutos
		5201	Aspiraatoriski		
		5202	Limaisuus		
		5203	Hengitykseen liittyvä tiedon tarve		

Aiemmin teoriaosuudessa esitelty hoitotyön prosessi ja sen vaiheet toimivat rakenteisen kirjaamisen perustana (Ahonen ym. 2012, 46; Rautava-Nurmi ym. 2014, 45). Kaikki kirjattava potilastieto ei kuitenkaan liity yksinomaan hoitotyön prosessin vaiheisiin eli hoidon tarpeeseen, tavoitteisiin, suunniteltuihin toimintoihin, hoitotyön toimintoihin, toteutukseen tai hoidon tuloksiin. Potilaskertomuksen lisäksi potilasasiakirjoihin saattaa sisältyä muutakin potilaaseen liittyvää tietoa. Sähköisen potilaskertomuksen lisäksi potilasasiakirjoihin voi olla liitettyä erilaisia lausuntoja ja asiakirjoja. Potilasasiakirjoihin liitetty asiakirja voi olla esimerkiksi potilaan hoito- ja elinluovutustahto. Potilaaseen liittyvät lausunnot ja asiakirjat sijaitsevat rakenteisessa kirjaamismallissa potilaskertomuksen tavoin omilla paikoillaan ja omien otsikoidensa alla. (Virkkunen ym. 2015, 5-12.)

Valtakunnallisen sähköisen kirjaamisen rakenteistamisen on tarkoitus helpottaa ja tehostaa tiedon kirjaamista, hoidon seurantaa ja löytämistä, jolloin jo kertaalleen kirjattua tietoa voidaan hyödyntää helposti uudelleen potilaan hoidossa. Ajantasaista tietoa voidaan hyödyntää tietojärjestelmästä riippuen eri toimipaikoissa ja terveydenhuollon organisaatioissa, joka osaltaan helpottaa terveydenhuollon toimijoiden välistä työskentelyä ja kommunikaatiota parantaen potilasturvallisuutta. Rakenteinen kirjaaminen parantaa hoidon turvallisuutta ja laatua osaltaan myös siksi, että rakenteinen kirjaaminen ohjaa noudattamaan hoitotyön prosessia, joka ohjaa hoitohenkilökuntaa etenemään potilaan hoidossa systemaattisesti suositeltavan protokollan mukaisesti. (Virkkunen ym. 2015, 13, 15.)

3.2 Hoitotyön raportointi

Potilastietojen välittämistä hoitoyksikössä hoitajalta toiselle kutsutaan raportoinniksi. Raportin keskeinen tehtävä on informoida vuoron aloittavaa hoitajaa niistä potilaista, joita hoitaja tulee hoitamaan vuoronsa aikana. Raportteja pidetään normaalisti vuorokauden aikana kolmesti jokaisen vuoronvaihdon yhteydessä. Osastosta riippuen raportteja voidaan pitää myös osaston rajojen ulkopuolella, esimerkiksi potilasta leikkaussaliin viettäessä vuodeosaston hoitaja antaa lyhyen raportin leikkaussalin henkilökunnalle. Terveystenhuollon moniammatillisuuden seurauksena raportit voivat olla myös esimerkiksi hoitajan ja lääkärin välisiä. Tässä opinnäytetyössä keskitytään kuitenkin hoitajien välisiin raportteihin, joita pidetään osastojen sisäisissä vuoronvaihdossa. (Scovell 2010, 35- 37; Rautava-Nurmi ym. 2014, 52.)

Raportointikäytännöt ja -mallit vaihtelevat toimipaikkakohtaisesti. Tässä opinnäytetyössä painopiste on suullisesti ja hiljaisesti tapahtuvassa hoitotyön raportoinnissa. Osastoilla saattaa olla myös omia variaatioita sekä yhdistelmiä hiljaisesta ja suullisesta raportoinnista. Osastoilla saatetaan osa vuoronvaihdosta pitää suullisena raporttina ja osa hiljaisena raporttina. On myös raportointitapoja, joissa vuoron vastaava hoitaja antaa aluksi parin minuutin pituisen yleiskatsauksen osastolla olevista potilaista, jonka jälkeen kukin hoitaja tutustuu hiljaisella raportilla omien potilaiden tietoihin. (Scovell 2010, 35.)

Toimintatavasta huolimatta hoitotyön raportoinnilla on keskeinen osa potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Raportoinnin pohja muodostuu potilasasiakirjoista, ja se toteutetaan hoitotyössä potilaslähtöisesti. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 52.) Terveystenhuollon työympäristöissä on perinteisesti vallinnut voimakas suullisen raportoinnin perinne, mutta viime vuosina yhä useampi työympäristö on omaksunut hiljaisen raportoinnin pääasialliseksi raportointimuodokseen. (Tucker, Brandling & Fox 2009, 30; Roivas & Karjalainen 2013, 148.)

3.2.1 Suullinen raportointi

Suullisella raportilla hoitaja kertoo sanallisesti aloittavan työvuoron hoitajalle olennaisia potilaiden hoitoon ja vointiin liittyviä asioita ennen oman työvuoronsa päättymistä. Sen lisäksi, että suullisella raportilla ovat läsnä työvuoronsa lopettava ja aloittava hoitaja voi

myös potilas olla suullisessa raportissa osallisena, jolloin suullista raporttia kutsutaan vuoteenvierusraportiksi. Potilasta koskevan tiedon lisäksi suullisella raportilla myös hoidon vastuu siirtyy raportin vastaanottavalle hoitajalle. (Roivas & Karjalainen 2013, 148; Rautava-Nurmi ym. 2014, 52.) Suullinen raportti pidetään tavallisesti hoitajien kansliassa, toimistossa tai muussa rauhallisessa tilassa (Saranto ym. 2008, 158).

1990-luvulla Yhdysvalloissa kehitetty ISBAR-menetelmä luo nykyään pohjan terveydenhuollossa tapahtuvalle suulliselle raportoinnille. Sitä sovelletaan jossain muodossa lähes kaikissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä. ISBAR muodostuu sanoista identify (tunnista), situation (tilanne), background (tausta), assesment (nykytila) ja recommendation (toimintaehdotus). ISBAR –menetelmän käyttö vaatii hoitajalta potilaan tuntemista ja potilasasiakirjoihin tutustumista ennen raportin antoa. Menetelmän avulla potilasta koskeva tieto saadaan tiiviiseen ja selkeään muotoon. Menetelmän tarkoitus on auttaa raporttia kertovaa hoitajaa muistamaan tärkeät potilaan hoitoon liittyvät asiat, helpottaen myös raporttia vastaanottavaa hoitajaa hahmottamaan potilaan tilaa paremmin, kun asiat kerrotaan systemaattisesti ennalta sovitussa järjestyksessä. Suullisen raportin tulee olla selkeä ja vastaanottavalle hoitajalle tulee antaa mahdollisuus keskusteluun ja tarkentaviin kysymyksiin. (Ahonen ym. 2012, 105.)

Suullinen raportointi vie paljon aikaa, mutta mahdollistaa tarkemman keskustelun potilaan hoitoon liittyen sekä vahvistaa omalta osaltaan hoitohenkilökunnan vuorovaikutusta. Suullinen raportti toimii myös tietynlaisena opastustilaisuutena, jossa hoitajat voivat jakaa tietoa ja opastaa kokemattomampaa hoitajaa. Keskustelu lisää osaamista työyhteisössä ja auttaa hoitajaa saamaan lisää perusteita päätöksentekonsa tueksi. (Roivas & Karjalainen 2013, 148; Rautava-Nurmi ym. 2014, 52.) On kuitenkin todettu, että suullisella raportilla tiedon sisältö keskittyy toisinaan epäolennaisiin asioihin, tällöin hoitajat kertovat runsaasti havainnoistaan, joita ei ole välttämättä kirjattu. Raportilla kerrottujen asioiden tulee löytyä myös potilasasiakirjoista. (Saranto ym. 2008, 161.) Suullista raportointia on kritisoitu siitä, että se on altis häiriöille ja keskeytyksille, jolloin virheiden mahdollisuus kasvaa (Saranto ym. 2008, 160; Roivas & Karjalainen 2013, 148).

3.2.2 Hiljainen raportointi

Hiljainen eli kirjallinen raportointi on nimensä mukaisesti kirjallista tiedonvälitystä potilaan tilasta. Hoitotyöntekijät aloittavat työvuoronsa tutustumalla heidän vastuullaan olevien potilaiden tietoihin sähköisestä potilastietojärjestelmästä. Hiljaista raporttia voi tarpeen mukaan täydentää edellisen työvuoron hoitajalta suullisesti, joten hiljainen raportointi ei poissulje hoitajien välistä kommunikaatiota. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 52.)

Hiljaisen raportoinnin on todettu säästävän hoitajien aikaa, ja näin ollen vapauttavan hoitajille enemmän aikaa potilaan läheisyydessä tapahtuvaan välittömään hoitotyöhön. Sillä välin, kun vuoronsa aloittava hoitaja lukee hiljaista raporttia, vuoroaan lopettava hoitaja pitää huolen potilaista ja heidän tarpeistaan. Näin ollen hiljaisen raportin luku sitoo kahden hoitajan sijasta vain yhden hoitajan. Työnteko osastoilla on tehokkaampaa ja taloudellisempaa, kun työnjako on selkeä ja hoitajat jakautuvat osastolle tasaisesti eri tehtäviin. (Roivas & Karjalainen 2013, 148; Rautava-Nurmi ym. 2014, 52.)

Hiljaisessa raportoinnissa korostuu erityisesti huolellinen, tarkka ja vastuullinen kirjaaminen. Kirjaamisen tulisi olla mahdollisimman selkeää ja loogista. Hiljaisen raportoinnin on todettu tehostavan laadukasta hoitotyön kirjaamista osastoilla. Hoitajan tietotekniikan osaaminen ja potilaskertomuksen rakenteen ymmärtäminen korostuu hiljaisessa raportoinnissa. Potilasasiakirjoista täytyy osata poimia tärkeät potilaan hoitoon vaikuttavat keskeiset tekijät. (Scovell 2010, 35-38; Roivas & Karjalainen 2013, 148; Rautava-Nurmi ym. 2014, 52.)

3.3 Raportoinnin laatu

Raportointitavasta riippumatta raportoinnin päätehtävä on laadukas ja potilasturvallisuutta edistävä tiedonsiirto työvuorolta toiselle oleellisista potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Raportoinnin laatuun vaikuttavia tekijöitä on useita, mutta erityinen vaikutus on osaston fyysisillä olosuhteilla sekä hoitajien taidoilla ja osaamisella toteuttaa hoitotyön raportointia. (Scovell 2010, 36.)

Ongelmat tiedonkulussa ovat merkittävin häiritsevä tekijä hoitotyössä (Mustajoki ym. 2013, 899). Raportoinnin laatuun vaikuttavat osaston fyysiset olosuhteet

sekä hoitajien taidot ja osaaminen toteuttaa hoitotyön raportointia. Taito toteuttaa hoitotyön kirjaamista nousee raportoinnin lisäksi ratkaisevaan asemaan, koska hoitotyön kirjaaminen luo raportoinnille pohjan riippumatta raportointimuodosta. (Eriksson ym. 2015, 36-46.)

Opinnäytetyön kyselyyn osallistuivat kolme erikoissairaanhoidon neurologista vuodeosastoa. Erikoissairaanhoidon ympäristö sekä erikoisala tuovat omat haasteensa raportoinnin laadukkaaseen toteuttamiseen. Lyhyet hoitoajat vaativat hoitajalta potilaan nopeaa kokonaistilanteen sisäistämistä. Hoitotyön akuutti luonne vaatii hoitajalta jatkuvaa potilaan tarkkailua, joka osaltaan saattaa vaikeuttaa hoitotyötä, joka ei tapahdu potilaan välittömässä läheisyydessä. Erikoissairaanhoidossa hoitajilla on oltava riittävän korkeatasoinen osaaminen toteuttaa erikoisalan hoitotyötä, jotta kirjaaminen ja raportointi voivat myös toteutua laadukkaasti. Hoitajan on erityisen tärkeää hallita viestintätaidot, tapahtuipa viestintä sitten suullisesti tai kirjallisesti. (Teperi 2005; Nurminen 2011, 6, 13.)

3.3.1 Osaston fyysiset olosuhteet

Osaston olosuhteilla tarkoitetaan osaston fyysistä työympäristöä. Työympäristöön sisältyvät työskentelytilat, niiden rakenteet ja järjestelyt sekä käytettävissä oleva välineistö. Työympäristö joko edistää tai haittaa hoitotyön toteuttamista turvallisesti, siksi siihen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. (Helovuoma ym. 2012, 67.) Ahtaus, puutteelliset työtilat, puutteet laitteiden saatavuudessa ja määrässä, melu, hälinä sekä ajan puute ovat esimerkkejä osaston fyysiseen työympäristöön liittyvistä ongelmista, jotka saattavat edesauttaa vaaratapahtumien syntyä. (Saranto ym. 2008, 189; Helovuoma ym. 2012, 67-68.)

Osastolla käytössä oleva raportointimuoto vaikuttaa eri tavalla siihen, millainen työympäristön tulisi olla. Suullinen ja hiljainen raportointi vaativat eri asioita ympäristöltään toteutuakseen laadukkaasti. Molempia yhdistää kuitenkin rauhan tarve. On tärkeää, että potilasta koskevien tietojen välitys tapahtuu rauhallisissa olosuhteissa, joissa hoitajien keskittyminen ei häiriinny. Rauhallinen tila edesauttaa myös sitä, että salassa pidettävät potilastiedot eivät kantaudu ulkopuolisten korviin tai näkyviin. (Scovell 2010, 36-37.)

3.3.2 Hoitajien taidot ja osaaminen

Hoitajien valmiudet ja taidot tarkoittavat tämän opinnäytetyön yhteydessä hoitajien henkilökohtaista osaamista toteuttaa laadukasta hoitotyön raportointia. Osaamisen taustalla vaikuttavat laadukas hoitotyön kirjaaminen sekä teknologian ja tietotekniikan käytön hallitseminen. (Helovuori ym. 2012, 63-74.) Sähköisellä tiedonhallinnalla on keskeinen osa nykypäivänä sairaanhoitajan ammattitaidossa (Ahonen ym. 2012, 44).

Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus –hankkeen (Eriksson ym. 2015) avulla on määritetty ja päivitetty sairaanhoitajien ammatillisia osaamisvaatimuksia. Uusitut osaamisvaatimukset pitävät sisällään asiakaslähtöisyyden, hoitotyön eettisyyden ja ammatillisuuden, johtamisen ja yrittäjyyden, kliinisen hoitotyön, näyttöön perustuvan toiminnan ja päätöksenteon, ohjaus- ja opetusosaamisen, terveyden ja toimintakyvyn edistämisen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön sekä sosiaali- ja terveystalvelujen laadun ja turvallisuuden.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö sisältää terveydenhuollon virtuaaliympäristön sekä teknologian käytön potilaan hoidossa. Terveydenhuollon virtuaaliympäristön osaamiskuvaukseen kuuluu, että hoitajan tulisi osata hyödyntää sähköisiä terveystalveluja potilaan hoidossa. Teknologian käyttö potilaan hoidossa sisältää kliinisessä hoitotyössä käytettävien hoito- ja valvontalaitteiden lisäksi vaatimuksen siitä, että hoitaja osaisi käyttää sähköisiä potilastietojärjestelmiä. Sosiaali- ja terveystalveluiden laatu ja turvallisuus sisältävät laajan salassapitovelvollisuuden lisäksi tietojärjestelmien hallittamisen sekä hyödyntämisen hoitotyön kirjaamisessa. (Eriksson ym. 2015, 45.)

Tietotekniikan sujuva käyttö vaatii hoitajalta perehtymistä käytettäviin ohjelmiin. Ohjelmien käytön osaaminen vähentää hoitajien kuormitusta vapauttaen enemmän aikaa sekä energiaa välittömään hoitotyöhön. Tästä syystä uusille työntekijöille ja sijaisille tulisi olla hyvä perehdytys potilastietojärjestelmien käyttämiseen. Työn hallinnan tunne vaikuttaa myönteisesti myös potilasturvallisuuteen. (Helovuori ym. 2012, 70-71.) Suuri merkitys on hoitajien asennoitumisella työhön ja työvälineisiin. (Saranto ym. 2008, 190).

3.3.3 Potilasturvallisuus

Terveysturvallisuuslain (2010/1326) 8§:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveysturvallisuuden toimintaympäristön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta sekä potilasturvallisuuden edistämisestä. Suunnitelmaan sisältyy muun muassa henkilöstön osaaminen ja perehdytys, lääkehoito, laitteet ja tarvikkeet, tietojärjestelmät ja potilasasiakirjamerkintöjen tekeminen sekä tiedonkulku toimintayksiköiden sisällä ja toimintayksiköiden välillä. Tärkeää on myös tunnistaa haitta- ja vaaratapahtumat sekä raportoida niistä asianmukaisesti, jotta vastaavia tilanteita voitaisiin välttää ja potilasturvallisuutta parantaa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 6.4.2011/341).

Potilasturvallisuuden ylläpitäminen ei ole ainoastaan suomalaisen terveydenhuollon perusedellytys. Maailman terveysjärjestö WHO (2015) luokittelee potilasturvallisuuden yhdeksi terveydenhuollon perusperiaatteeksi. Virheettömyyteen pyrkimisen ollessa terveydenhuollon yksi perustavoitteista, korostetaan WHO:n tekstissä kuitenkin sitä, että jokaisessa hoitoketjun vaiheessa on tietty määrä luontaista turvattomuutta eli virheiden mahdollisuus on aina olemassa.

Hoitohenkilökunnan on hyvä tiedostaa virheiden mahdollisuus. Se auttaa hoitohenkilökuntaa välttämään ennakoitavissa olevia virheitä, koska terveydenhuollossa toiminnan tulisi pyrkiä virheettömyyteen. Virheettömyys tarkoittaa sitä, että jokaisen terveydenhuollossa työskentelevän henkilön tulee kantaa vastuunsa hoidon turvallisuudesta ja laadusta. (Mustajoki ym. 2013, 898.) Nimensä mukaisesti potilasturvallisuus tarkoittaa potilaan turvallisuuden takaamista hoidon eri vaiheissa, joka tarkoittaa turvallisen hoidon lisäksi myös virheen eli vahingon välttämistä (Aaltonen & Rosenberg 2013, 12).

Potilasturvallisuuteen vaikuttavat erilaiset hoidon osa-alueet kuten lääketurvallisuus, laiteturvallisuus sekä hoidon turvallisuus. Hoidon turvallisuus sisältää hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuuden, johon hoitotyön tiedonkulku eli kirjaaminen sekä raportointi sisältyvät. (Terveysturvallisuus ja hyvinvoinninlaitos 2009; Mustajoki 2013, 898.) Tiedonkulku potilasta hoitavien henkilöiden sekä yksiköiden välillä on yksi perustekijä laadukkaaseen ja turvalliseen hoidon toteuttamisessa. Potilaan hoitotietojen kirjaaminen eli dokumentointi

on tärkeää, koska se muodostaa pohjan, jonka avulla tiedonkulku varmistetaan. (Helovuori ym. 2012, 72.)

4 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA

4.1 Menetelmän kuvaus

Määrällinen eli kvantitatiivinen menetelmä kuvaa yleisesti muuttujien eli mitattavien asioiden välisiä eroja ja suhteita. Määrällinen menetelmä vastaa kysymyksiin miten usein, kuinka moni ja kuinka paljon. Määrällisellä menetelmällä joko selitetään, kartoitetaan, vertaillaan tai ennustetaan ihmisiä koskevia ominaisuuksia ja asioita. (Vilkkä 2007, 13-14, 19.)

Tulokset esitetään pääasiassa numeerisessa muodossa, mutta olennainen tieto selitetään myös sanallisesti. Kvantitatiivisessa menetelmässä kyselyyn vastaajia suositellaan olevan vähintään 100. Otoksen ollessa suuri se edustaa paremmin keskimääräistä mielipidettä, kokemusta tai asennetta, jolloin tulokset voidaan yleistää luotettavammin. Kvantitatiivisen menetelmän yleisimpiä mittareita eli aineistonkeruutapoja ovat kysely-, havainnointi- ja haastattelulomake. (Vilkkä 2007, 13-14, 19; Holopainen & Pulkkinen 2012, 21.)

Kvantitatiivisessa menetelmässä positiivista on yleistettävyyden lisäksi objektiivisuus. Objektiivisuudella tarkoitetaan sitä, että aineiston kerääjä vaikuttaa mahdollisimman vähän omalla käyttäytymisellään tuloksiin. Kvantitatiivisen menetelmän hyvä puoli on yleensä aineiston kerääjän ja kohderyhmän etäinen suhde, jolloin kumpikaan osapuoli ei pysty omalla käyttäytymisellään vaikuttamaan toisiinsa aineiston keruun aikana. Etäinen suhde kohderyhmään edesauttaa aineistonkeruuprosessin sekä tulosten luotettavuutta. (Vilkkä 2007, 13-14, 19; Holopainen & Pulkkinen 2012, 21.)

Mitattavien asioiden rakenteellinen muuttaminen antaa kvantitatiiviselle menetelmälle mahdollisuuden tutkia myös henkilöitä koskevia asioita. Asioiden rakenteellinen muuttaminen tapahtuu asioiden operationalisoinnilla ja strukturoinnilla. Operationalisoinnissa asiat muutetaan sellaiseen muotoon, että kohderyhmä ymmärtää asian helpommin. Strukturoinnissa mitattava asia ja sen ominaisuudet vakioidaan kyselylomakkeeseen siten, että kaikki ymmärtävät kysymykset ja väittämät samalla tavalla. (Vilkkä 2007, 14-15.)

Kvantitatiivinen menetelmä valittiin opinnäytetyön menetelmäksi, koska kolmen kyselyyn osallistuneen erikoissairaanhoidon vuodeosaston hoitajien yhteismäärä oli riittävä

siihen. Kvantitatiivinen menetelmä antaa myös kaikille halukkaille hoitajille mahdollisuuden osallistua kyselyyn vastaamiseen. Kvantitatiivinen menetelmä korostaa syy-seuraussuhteita, jotka sopivat juuri tämän opinnäytetyön aiheeseen.

4.2 Kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmänä toimivat erikoissairaanhoidon kolmen eri vuodeosaston hoitajat. Kaikki kyselyyn osallistuneet erikoissairaanhoidon vuodeosastot olivat neurologisia vuodeosastoja. Osalla osastoista oli käytössään pääsääntöisesti hiljainen raportointimuoto ja osalla käytettiin sekä hiljaista että suullista raportointimuotoa. Osastojen hoitajat ovat normaalisti lyhyitä. Potilaat vaativat varsinkin akuuttivaiheen hoidossa jatkuvaa tarkkailua, joka tuo omat haasteensa kirjaamisen ja raportoinnin toteuttamiseen.

Kysely koski kaikkia osastojen hoitajia, riippumatta siitä, olivatko he koulutukseltaan lähi-, perus- vai sairaanhoitaja, koska kaikilla on yhtäläinen vastuu hoitotyön kirjaamisen ja raportoinnin toteuttamisessa. Kohderyhmän yhteiskoko oli noin 68 hoitajaa. Kahdella tutkimukseen osallistuneista osastoista hoitajia oli noin 20 molemmilla osastoilla. Yhdellä tutkimukseen osallistuneesta osastosta hoitajia oli noin 28.

4.3 Kyselylomakkeen kuvaus

Aineiston keruu tapahtui strukturoidulla kyselylomakkeella sähköisesti (liite 3). Kyselylomake on määrällisen menetelmän tavallisin aineiston keruutapa (Vilkkä 2015, 94). Strukturoidussa kyselylomakkeessa kysymykset olivat etukäteen tarkkaan suunniteltuja, joka vaati ennalta kyselylomakkeen tekijältä perehtymistä hoitotyön raportoinnin ja kirjaamisen teoriaan. Suurin osa kyselylomakkeen kysymyksistä oli monivalintakysymyksiä ja –väittämiä. Kyselylomake sisälsi joitakin väittämiä tarkentavia avoimia kysymyksiä sekä erillisiä avoimia kysymyksiä.

Kyselylomakkeen aihealueet koostuivat vastaajien taustatiedoista, hoitotyön kirjaamisesta ja raportoinnista sekä niiden hyödyistä ja haasteista, hoitajien tiedoista ja taidoista

sekä osaston ympäristön tarjoamista puitteista toteuttaa käytössä olevaa raportointimuotoa. Aihealueista taustatiedot sekä kirjaamista koskeneet kysymykset ja väittämät olivat kaikille hoitajille yhteisiä. Ohjeistuksen mukaan hoitajien tuli vastata hiljaista tai suullista raportointia koskeviin kysymyksiin ja väittämiin sen mukaan, kumpi raportointimuoto oli osastolla sillä hetkellä pääasiallisesti käytössä. Kyselylomakkeeseen vastaaminen vei aikaa noin 15-20 minuuttia vastaajasta riippuen.

Kyselylomake suunniteltiin siten, että sen sisältämien kysymysten ja väittämien avulla saatiin vastaukset opinnäytetyön neljään (4) ongelmaan (taulukko 2). Taustatiedoilla (kysymykset 1-4) pyrittiin selvittämään hoitajien yksilöllisiä lähtökohtia hoitotyön raportoinnin ja kirjaamisen toteuttamiseen. Yksilöllisillä lähtökohdilla tarkoitetaan niitä tekijöitä, joihin osasto ei voi suoranaisesti vaikuttaa, kuten ammattinimike ja hoitoalan työkokemus. Taustatiedoilla saatiin myös selville, mitä raportointimuotoa kyselyyn vastanneen hoitajan osastolla käytetään.

Hoitotyön kirjaamista koskevilla kysymyksillä ja väittämillä (kysymykset 5-19) pyrittiin selvittämään, mitkä asiat kirjaamisessa tukevat tai heikentävät raportoinnin toteutumista sekä laatua. Hoitotyön kirjaamisen ollessa suuri tekijä raportoinnin laadukkaassa toteutumisessa voitiin kirjaamista koskevien vastausten perustella päätellä, vaikuttaako kirjaaminen osastoilla raportointiin vahvistavasti vai heikentävästi. Laadukas raportointi vaatii laadukasta kirjaamista.

Suullista raportointia (kysymykset 20-32) ja hiljaista raportointi (kysymykset 33-43) koskevilla kysymyksillä ja väittämillä saatiin vastauksia kaikkiin opinnäytetyön ongelmiin. Väittämien avulla selvitettiin muun muassa osaston fyysisen työympäristön sekä osaston tarjoaman koulutuksen ja raporttien sisällön vaikutuksia siihen, miten hoitajat kokevat osastolla käytössä olevan raportointimuodon, ja millaisia valmiuksia hoitajilla on toteuttaa raportointia. Vastausten avulla pystyttiin päättelemään, mitkä asiat voisivat kannustaa hoitajia hiljaiseen raportointiin siirtymisessä. Hoitajilta kysyttiin avoimilla kysymyksillä, mitä hyvää ja kehitettävää he kokivat käytössä olevassa raportointimuodossa, joka vastasi suoraan osaan opinnäytetyön ongelmista.

TAULUKKO 2. Opinnäytetyön ongelmat sekä niihin vastaavat kysymykset ja väittämät

Opinnäytetyön ongelmat

Aihepiiri, kysymys/ väittämä nro.

1. Mitä hyvää hoitajat kokevat käytettävässä raportointimuodossa?	Kirjaaminen potilaskertomukseen, kysymykset 5-19 Suullinen raportointi, kysymykset 20-32 Hiljainen raportointi, kysymykset 33-43
2. Mitä haasteita hoitajat kokevat käytettävässä raportointimuodossa?	Kirjaaminen potilaskertomukseen, kysymykset 5-19 Suullinen raportointi, kysymykset 20-32 Hiljainen raportointi, kysymykset 33-43
3. Mitä valmiuksia hoitajilta vaaditaan laadukkaan raportoinnin toteuttamiseksi?	Taustatiedot, kysymykset 1-4 Kirjaaminen potilaskertomukseen, kysymykset 5, 17, 19 Suullinen raportointi, kysymys 20 Hiljainen raportointi, kysymys 33
4. Millä tavoin hoitajia voisi kannustaa hiljaiseen raportointiin siirtymiseen?	Kirjaaminen potilaskertomukseen, kysymykset 5-19 Suullinen raportointi, kysymykset 20-32 Hiljainen raportointi, kysymykset 33-43

4.4 Aineiston keruu

Kyselylomake testattiin ennen varsinaisen aineiston keruuta sairaanhoitajalla sekä lähihoitajalla, jotka eivät työskennelleet varsinaisilla kohdeosastoilla. Kyselylomakkeen testauksen ja osastojen muutosehdotuksien jälkeen kyselylomakkeeseen tehtiin vielä tarvittavat viime hetken korjaukset. Varsinainen aineiston keruu aloitettiin marraskuussa 2015. Vastaamisaikaa hoitajilla oli kaksi (2) viikkoa aineiston toimittamisesta osastolle. Vähäisen vastausmäärän vuoksi suoritettiin uusintakysely joulukuussa 2015. Uusintakyselyyn oli aikaa vastata myös kaksi (2) viikkoa. Vastauksia saatiin kaiken kaikkiaan 17 kappaletta, 12 kappaletta ensimmäisellä ja viisi (5) toisella kyselykerralla.

Linkki sähköiseen kyselylomakkeeseen lähetettiin osastonhoitajille sähköpostitse, jotka välittivät sen edelleen sähköpostitse osastoillaan työskenteleville hoitajille. Kyselylomakkeen mukana oli oma saatekirje osastonhoitajille (liite 1) ja hoitajille (liite 2) sekä ohjeistus kyselyyn vastaamiseen. Myös itse kyselylomakkeen alussa oli lyhyt selvitys opinnäytetyön ja kyselyn tarkoituksesta sekä ohjeistus vastaamiseen liittyen. Hoitajat saivat vastata kyselylomakkeeseen työajallaan. Samoin toimittiin molemmilla kyselykerroilla.

Strukturoitu kyselylomake tehtiin sähköiselle Tampereen ammattikorkeakoulun käytössä olevalle e-lomakepohjalle opinnäytetyön tekijän toimesta. E-lomake -ohjelmistolla tehdään muun muassa kyselylomakkeita ja toteutetaan monenlaisia sähköisiä asiointiprosesseja tietoturvallisesti. E-lomake -ohjelmisto on helppokäyttöinen ja sen yhteydessä on ohjeistus lomakkeen luomiseen, aineiston keruuseen sekä käsittelyyn liittyen. (Eduix Oy 2015.)

E-lomakepohjan avulla kyselylomakkeesta saa muokattua tarpeisiin sopivan. Kenttäryhmien avulla kysymykset saa laadittua lomakkeeseen aihealueiden mukaan, vastauskentiksi voi valita esimerkiksi tekstikenttiä tai pudotusvalikoita. E-lomakkeeseen pääsee käsiksi vain rekisteröitynyt käyttäjä, jolla on henkilökohtaiset tunnukset. Näin estetään, etteivät ulkopuoliset pääse käsiksi vastattuihin kyselylomakkeisiin. Kyselylomakkeen vastaaja täyttää kyselyn verkossa. Vastajaan ei tarvitse olla rekisteröity käyttäjä. Luotettavien vastaustulosten takaamiseksi tutkija pystyy rajoittamaan sitä, kuka saa vastata kyselyyn. Vastatut kyselylomakkeet palautuvat sähköisesti e-lomakejärjestelmään, jolloin kyselyn tekijä pääsee tarkastelemaan niitä. Käytön jälkeen kyselylomakkeet pystytään hävittämään e-lomakeohjelmistosta asianmukaisesti. (Eduix Oy 2015.)

Tämän kappaleen jälkeen oleva näyttökuva (kuva 1) on otettu Tampereen ammattikorkeakoulun e-lomakkeen internet –näköymästä. Näyttökuvan tarkoituksena on havainnollistaa, millaisena kyselyyn vastanneet hoitajat näkivät kyselylomakkeen tietokoneen ruudulta. Näyttökuvassa on tämän opinnäytetyön aineiston keruussa käytetty kyselylomake. Näyttökuvassa näkyy kyselylomakkeen alkua.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoito henkilökunnan kokemuksia osastojen raportointikäytännöistä sekä potilaskertomukseen kirjaamisesta.

Raportointi akuuttiosastolla -hoito henkilökunnan kokemana

Lomake on ajastettu: julkisuus alkaa 16.12.2015 13.00 ja päättyy 30.12.2015 23.59
 Kyselylomake sisältää suljettuja väittämiä sekä avoimia kysymyksiä. Taustatietoja ja kirjaamista koskevat väittämät sekä kysymykset ovat kaikille hoitajille yhteisiä. Raportointia koskevat kysymykset ja väittämät hoitaja valitsee sen mukaan, onko osastolla käytössä suullinen vai kirjallinen raportointimenetelmä. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 15-20 minuuttia vastaajasta riippuen. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Kyselylomakkeesta ei voi tunnistaa siihen vastannutta hoitajaa.

TAUSTATIEDOT

Seuraavat väittämät koskevat taustatietoja. Valitse sopivin vaihtoehto. Jotkin väittämät sisältävät avoimen kysymyksen vastauksesta riippuen. Vastaa tarvittaessa näihin kohtiin lyhyesti omin sanoin.

1. Koulutus ☐ perus-/lähihoitaja ☐ sairaanhoitaja

2. Hoitoalan työkokemus vuosina ☐ alle 5 ☐ 6-10 ☐ 11-20 ☐ yli 20

3. Työsuhde ☐ vakituinen ☐ osa-aikainen ☐ määräaikainen

4. Osastolla käytössä oleva raportointimuoto ☐ kirjallinen raportointi ☐ suullinen raportointi ☐ molemmat

4a. Mikäli osastolla on käytössä molemmat raportointimuodot tarkenna omin sanoin, missä tilanteissa/vuorovaihdossa kirjallista ja suullista raportointia käytetään

KIRJAAMINEN POTILASKERTOMUKSEEN

Seuraavat väittämät koskevat kirjaamista potilaskertomukseen. Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto. Osa väittämistä sisältää avoimen kysymyksen vastauksesta riippuen. Vastaa tarvittaessa näihin kohtiin lyhyesti omin sanoin.

5. Olen saanut osastolla kirjaamiseen liittyvää koulutusta ☐ kyllä ☐ ei ☐ en tiedä

KUVA 1. Näyttökuva TAMK:n e-lomakenäkymästä (Eduix Oy 2015, e-lomake.)

4.5 Aineiston analysointi

Määrällisessä menetelmässä on kolme aineiston analysointivaihetta, joita ovat lomakkeiden tarkistus, aineiston muuttaminen muotoon, jossa sitä voidaan käsitellä numeraalisesti, sekä tallennetun aineiston tarkistus (Vilkkä 2007, 105). Kyselylomakkeita tarkistettiin sitä mukaan, kun niitä palautui e-lomakeohjelmistoon. Lomakkeet tulostettiin ja numeroitiin käsittelyn helpottamiseksi. Tarkistuksen ja numeroinnin yhteydessä havainnoitiin vastausten määrää, laatua ja mahdollisia puutteita.

Vastausajan umpeuduttua laskettiin vastanneiden lopullinen määrä ja vastausprosentti. Aineistosta tehtiin havaintomatriisi SPSS –tilastointiohjelmalla, jonka avulla muodostettiin tuloksia selkeyttäviä taulukoita ja kaavioita sekä laskettiin vastausprosentteja ja –lukuja. Lukijaa helpottaakseen tuloksia selitettiin ja avattiin myös sanallisesti opinnäytetyön tulos -osuudessa.

Avoimista kysymyksistä ei tehty varsinaista sisällön analyysiä, koska vastauksia tuli niukasti ja suurin osa niistä oli lyhyitä. Sisällön analyysi ei myöskään ensisijaisesti kuulu kvantitatiivisen menetelmän analysointitavaksi. Avoimet kysymykset käytiin lävitse, ja ne mainittiin suorina lainauksina opinnäytetyön tulos -osuudessa. Avointen kysymysten vastauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja niiden perusteella tehtiin johtopäätöksiä sekä yleistyksiä hoitajien kokemuksista ja mielipiteistä.

5 TULOKSET

Tässä osiossa kuvaillaan opinnäytetyön kyselyn tuloksia. Jokaisen kyselylomakkeen aihealueen tulokset käsitellään oman otsikon alla. Tuloksia on esitetty prosentteina, lukuina, taulukoina ja kuvioina sekä selitetty sanallisesti. Prosenttiluvut on pyöristetty säännönmukaisesti lähimpään tasalukuun, joka selkeyttää tulosten esittämistä ja ymmärrettävyyttä. Pyöristyksen seurauksena kysymyksistä ja väittämistä saatu prosenttien summa ei jokaisessa kohdassa ole tasan 100 %.

Opinnäytetyön kyselyyn osallistuivat kolmen erikoissairaanhoidon neurologiset vuodeosastot. Kyselyn aikana osastoilla työskenteli yhteensä noin 68 hoitajaa. Kyselyyn saivat vastata kaikki hoitajat, jotka työskentelivät osastolla aineiston keruun hetkellä riippumatta ammattinimikkeestä tai työsuhteen laadusta. Kyselylomakkeeseen vastasi 17 hoitajaa, joten vastausprosentiksi muodostui 25 %.

Kyselylomakkeessa ongelmia tuotti suullisen ja hiljaisen raportoinnin osuuksiin vastaaminen sen mukaan, kumpi raportointimuoto oli kyselyyn vastaavan hoitajan osastolla pääasiallisena raportointimuotona. Ohjeistuksen mukaan kyselylomakkeeseen vastaavan hoitajan tuli vastata vain sitä raportointimuotoa koskeviin kysymyksiin, joka oli osaston pääasiallinen raportointimuoto. Osa kyselylomakkeeseen vastanneista hoitajista oli vastannut ohjeistuksen mukaan vain toista raportointimuotoa koskeviin kysymyksiin ja väittämiin, osa taas oli vastannut sekä suullista että hiljaista raportointia koskeviin kysymyksiin ja väittämiin. Tuloksia analysoitaessa huomioitiin kuitenkin kaikki vastaukset huolimatta siitä, olivatko hoitajat vastanneet alkuperäisen ohjeistuksen mukaan. Kaikilla sekä suullisen että kirjallisen raportoinnin kysymyksiin vastanneilla hoitajilla oli kokemusta molemmista raportointimuodoista, joten vastaukset olivat kokemuseräisiä ja näin ollen totuudenmukaisia, jolloin vastaukset voidaan huomioida. Vastausprosentin jäädessä pieneksi oli tärkeää, että kaikki tulokset ja tieto sekä hoitajien mielipiteet otettiin huomioon ja analysoitiin.

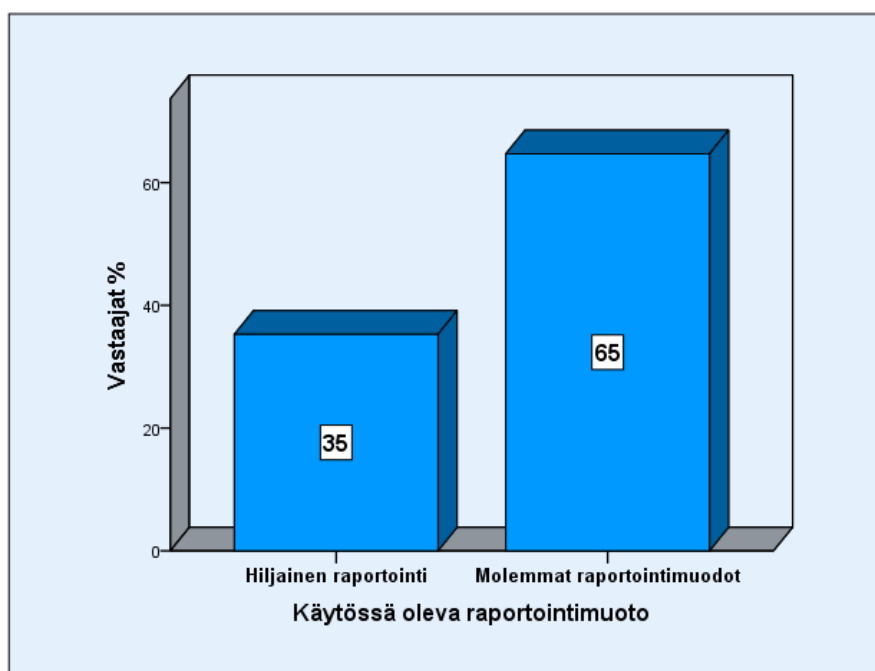
5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeen ensimmäisen aihealueen kysymykset koskivat hoitajien taustatietoja. Kysymykset koskivat hoitajien koulutusta, hoitoalan työkokemuksen pituutta, hoitajien työsuhteen laatua sekä osastolla käytössä olevaa raportointimuotoa. Osaston raportointimuotoa koskevaan kysymykseen liittyi hoitajan vastauksesta riippuen avoin tarkentava kysymys.

Kyselylomakkeeseen vastanneista hoitajista 94 % (n=16) oli sairaanhoitajia ja 6 % (n=1) vastanneista oli ammatiltaan joko perus- tai lähihoitajia. Yli 20 vuoden työkokemuksen omaavia hoitajia oli 35 % (n=6). Hoitoalalla 11-20 vuotta työskennelleitä hoitajia oli myös 35 % (n=6). Kyselyyn vastanneista hoitajista 18 % (n=3) ilmoitti hoitoalan työkokemukseen 6-10 vuotta ja 12 % (n=2) vastanneista ilmoitti työskennelleensä hoitoalalla alle 5 vuotta.

Työsuhteen laatua koskevan kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat vakituinen, osa-aikainen tai määräaikainen. Hoitajista 59 % (n=10) vastasi työsuhteensa osastolla olevan vakituinen. Hoitajista 35 % (n=6) vastasi työsuhteensa olevan osastolla määräaikainen. Osa-aikaista työsuhdetta ei ollut yhdelläkään kyselyyn vastanneista hoitajista. 6 % (n=1) hoitajista ei vastannut kysymykseen.

Osastojen raportointimuotoa koskevassa kysymyksessä 65 % (n=11) hoitajista vastasi, että heidän työskentelemillään osastoilla on käytössä molemmat raportointimuodot eli suullinen sekä kirjallinen raportointi. Vastanneista 35 % (n=6) ilmoitti osastonsa raportointimuodoksi kirjallisen raportoinnin. Suullista raportointimuotoa ei kukaan kyselyyn vastanneista hoitajista ilmoittanut osastonsa ainoaksi raportointimuodoksi. (kuva 3).



KUVIO 3. Osastoilla käytössä olevat raportointimuodot, N=17.

Vastausvaihtoehtoja osaston raportointimuodoksi oli kolme: suullinen raportointi, hiljainen raportointi tai molemmat raportointimuodot. Hoitajan vastatessa ”molemmat” pyydettiin avoimessa jatkokysymyksessä tarkennusta siitä, missä vuoronvaihdossa mitäkin raportointimuotoa osastolla käytetään. Enemmistö (n=8) hoitajista vastasi yö-aamu- sekä iltayövuoron vaihdon raportoinnin tapahtuvan hiljaisesti ja aamu-iltavuoron vaihdon tapahtuvan suullisesti. Kahden (2) hoitajan mukaan osastolla annetaan vuorojen aluksi lyhyt parin minuutin mittainen yleisraportti osaston potilaista, jonka jälkeen kaikki tutustuvat omiin potilaisiin ”hiljaisesti” potilasasiakirjoja lukien. Yhden (1) hoitajan mukaan hiljaista sekä suullista raporttia käytetään tilanteen ja tarpeen mukaan.

5.2 Kirjaaminen

Taustatietojen lisäksi kirjaamista koskeva aihealue oli kaikille hoitajille yhteinen. Kirjaamiseen liittyvä aihealue sisälsi monivalintakysymyksiä, -väittämiä sekä avoimia kysymyksiä, jotka koskivat kirjaamisen toteutumista osastolla. Aihealueessa selvitettiin muun muassa osaston fyysistä ympäristöä toteuttaa kirjaamista, hoitajien tietoja ja taitoja toteuttaa kirjaamista, kirjaamisen sisältöä ja mahdollisia puutteita sisällössä sekä hoitajien saamaa kirjaamisen koulutusta ja sen tarvetta.

Suurin osa eli 65 % (n=11) hoitajista vastasi saaneensa työskentelemällään osastolla kirjaamiseen koulutusta. Hoitajista 29 % (n=5) ei ollut saanut työskentelemällään osastolla kirjaamiseen koulutusta ja 6 % (n=1) vastanneista hoitajista ei tiennyt, oliko saanut osastollaan kirjaamiseen koulutusta (kuvio 4). Avoimessa jatkokysymyksessä vastaajia pyydettiin tarkentamaan koulutuksen sisältöä, mikäli he olivat sellaista saaneet. Hoitajat kuvasivat kirjaamiseen saamaansa koulutusta seuraavasti:

”Kirjaamisohje annettu luettavaksi ja toteutettavaksi.”

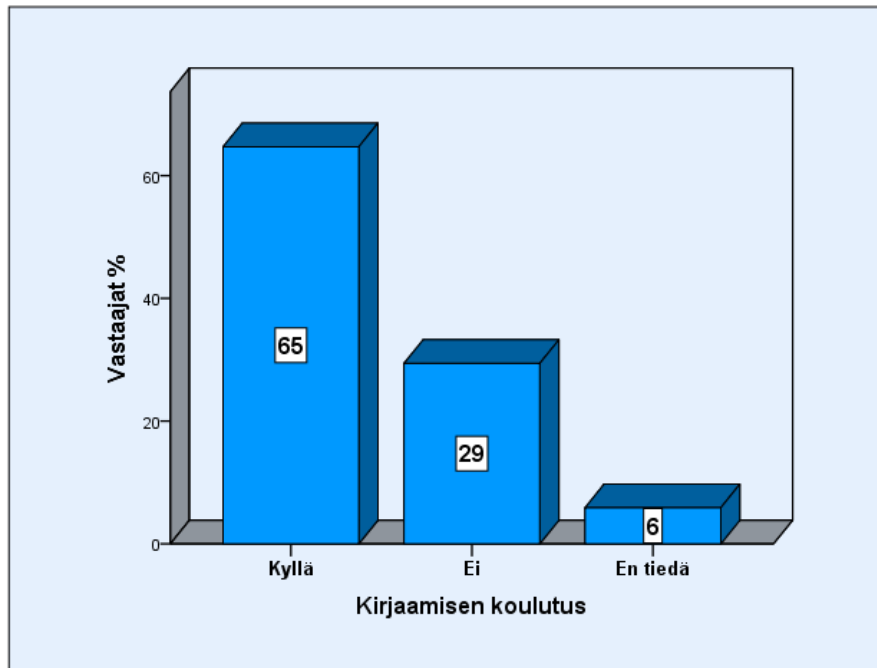
”Osaston yhteisen kirjaamiskäytännöt ja hoitotyön suunnitelman laatiminen osastolla käyty lävitse.”

”Miranda –kouluttajan toimialueen yhteinen koulutus/luento. Osaston omaa koulutusta/ perehdytystä osastotunneilla.”

”Talon järjestämä koulutus.”

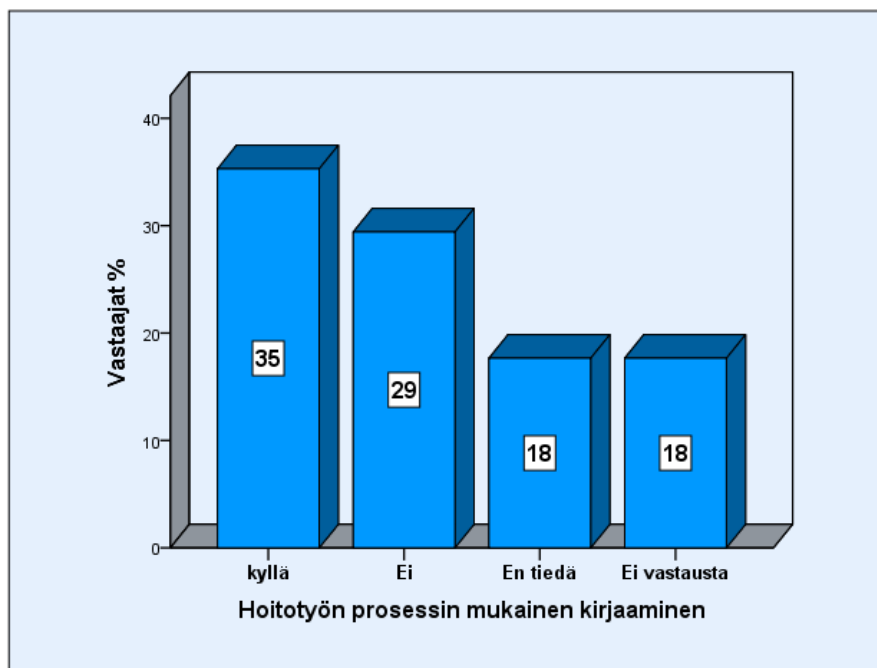
”Osastotunneilla päivityksiä talon suosituksiin ja käytäntöihin kirjaamisessa.”

”Kirjaamishenkilöt pitäneet osastotunteja esim. otsikoiden käytöstä ja kirjaamisen rakenteistamisesta.”



KUVIO 4. Hoitajien kirjaamiseen saama koulutus osastolla, N=17.

Hoitotyön prosessia koskevaan kysymykseen 35 % (n=6) hoitajista vastasi, että kirjaaminen osastolla on hoitotyön prosessin mukaista. Hoitajista 29 % (n=5) vastasi, että osastolla ei kirjata hoitotyön prosessin mukaisesti ja 18 % (n=3) hoitajista ei tiennyt, kirjaataanko osastolla hoitotyön prosessin mukaisesti. Hoitajista 18 % (n=3) ei vastannut kysymykseen (kuvio 5).



KUVIO 5. Hoitajien näkemys siitä, kirjataanko osastolla hoitotyön prosessin mukaisesti, N=17.

Monivalintaväittämät koskivat kirjaamisen sisältöä sekä osastolla vallitsevaa ympäristöä, jossa kirjaaminen toteutetaan. Hoitajat valitsivat yhden vastausvaihtoehdon, joka heidän mielestään kuvasi parhaiten osaston sen hetkistä tilannetta kirjaamisen suhteen. Vastausvaihtoehtoja väittämiin oli neljä. Vastausvaihtoehdot olivat: täysin samaa mieltä, samaa mieltä, eri mieltä tai täysin eri mieltä (taulukko 3).

Hoitajista enemmistön mukaan osastoilla hoitohenkilökunta kirjasi yhtenäisten käytäntöjen mukaan. Hoitajista 6 % (n=1) oli yhtenäisistä kirjaamiskäytännöistä täysin samaa mieltä ja 65 % (n=11) oli samaa mieltä. Hoitajista 29 % (n=5) oli kirjaamiskäytäntöjen yhteneväisyydestä eri mieltä. Hoitajista 18 % (n=3) oli täysin samaa mieltä ja 59 % (n=10) oli samaa mieltä siitä, että potilaan tilaa koskevia kirjauksia tehdään systemaattisesti koko työvuoron ajan. Hoitajista 24 % (n=4) oli sitä mieltä, ettei osastoilla kirjata potilasta koskevia tietoja systemaattisesti koko työvuoron ajan. Suurin osa hoitajista eli 71 % (n=12) oli joko täysin samaa mieltä tai samaa mieltä siitä, että kirjaukset antavat tarpeeksi tietoa potilaan turvallisen hoidon toteuttamiseen. Hoitajista 29 % (n=5) oli eri mieltä siitä, että kirjaukset antavat tarpeeksi tietoa potilaan turvallisen hoidon toteuttamiseen. Enemmistö hoitajista eli 77 % (n=13) oli sitä mieltä, että kirjaukset ovat ajan tasalla, kun taas 24 % (n=4) hoitajista oli sitä mieltä, etteivät kirjaukset ole aina ajan tasalla.

Potilaskertomuksen ja –asiakirjojen rakenteeseen liittyen 77% (n=13) oli joko täysin samaa tai samaa mieltä siitä, että kirjaukset kirjataan niille tarkoitettujen otsikoiden alle. Hoitajista 18 % (n=3) oli joko eri mieltä tai täysin eri mieltä siitä, että kirjauksia kirjataan niille tarkoitettujen otsikoiden alle. Hoitajista 6 % (n=1) ei vastannut kysymykseen. Kyselyyn vastanneista hoitajista 47 % (n=8) oli eri mieltä siitä, että potilasasiakirjoista löytää etsimänsä tiedon helposti, joka on kohtalaisen suuri luku siihen nähden, että suurin osa hoitajista koki, että kirjaukset tehdään oikeiden otsikoiden alle. Hoitajista 53 % (n=9) oli joko täysin samaa tai samaa mieltä, että potilasasiakirjojen sisällöstä löytää etsimänsä tiedon.

Hoitajista 94 % (n=16) oli täysin samaa tai samaa mieltä siitä, että tietokoneet sijaitsevat kirjaamista tukevassa paikassa. Vastanneista hoitajista 6 % (n=1) oli eri mieltä, että tietokoneet sijaitsevat kirjaamista tukevassa paikassa. Enemmistö eli 59 % (n=10) koki, ettei tietokoneita ole osastolla tarpeeksi kirjaamisen toteuttamista varten. Hoitajista 18 % (n=3) oli täysin samaa mieltä ja 24 % (n=4) oli samaa mieltä, että osastolla on tarpeeksi tietokoneita kirjaamista varten.

Hoitajista suurin osa eli 71 % (n=12) oli täysin samaa tai samaa mieltä siitä, että kirjauksista saa selkeän kuvan potilaan sen hetkisestä tilasta, kun taas 29 % (n=5) hoitajista oli eri mieltä asiasta. Hoitajista enemmistö eli 71 % (n=12) vastasi, että kirjauksissa on puutteita. Hoitajista 29 % (n=5) ei kokenut kirjauksissa olevan puutteita.

TAULUKKO 3. Väittämät koskien hoitotyön kirjaamista, N=17.

Kirjaamista koskevat väittämät	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei vastausta
7. Hoitohenkilökunnalla on yhtenäiset kirjaamiskäytännöt	6 % (n=1)	65 % (n=11)	29 % (n=5)	-	-
8. Potilaan tilaa koskevia kirjauksia tehdään systemaattisesti koko työvuoron ajan	18 % (n=3)	59 % (n=10)	24 % (n=4)	-	-
9. Kirjaukset antavat tarpeeksi tietoa potilaan turvallisen hoidon toteuttamiseen	12 % (n=2)	59 % (n=10)	29 % (n=5)	-	-
10. Kirjaukset ovat ajan tasalla	6 % (n=1)	71 % (n=12)	24 % (n=4)	-	-
11. Kirjaukset kirjataan niille tarkoitettujen otsikoiden alle	18 % (n=3)	59 % (n=10)	12 % (n=2)	6 % (n=1)	6 % (n=1)
12. Etsimänsä tiedon löytää helposti potilasasiakirjoista	12 % (n=2)	41 % (n=7)	47 % (n=8)	-	-
13. Tietokoneet sijaitsevat kirjaamista tukevassa paikassa	59 % (n=10)	35 % (n=6)	6 % (n=1)	-	-
14. Kirjaamista varten on tarpeeksi tietokoneita	18 % (n=3)	24 % (n=4)	53 % (n=9)	6 % (n=1)	-
15. Kirjauksista saa selkeän kuvan potilaan sen hetkisestä tilasta	6 % (n=1)	65 % (n=11)	29 % (n=5)	-	-
16. Kirjauksissa on mielestäni puutteita	18 % (n=3)	53 % (n=9)	29 % (n=5)	-	-

Viimeinen väittämä koski kirjaamisen mahdollisia puutteita. Väittämää seurasi avoin kysymys, jossa hoitajia pyydettiin omin sanoin tarkentamaan kirjauksien puutteita, mikäli kirjauksissa niitä heidän mielestään ilmeni. Hoitajien vastauksissa toistuivat samat aiheet,

joita olivat muun muassa ajanpuute kirjaamisen toteuttamiseen ja siitä johtuvat puutteet kirjauksissa, puutteet potilaan oireiden kuvailussa sekä puutteet rakenteisen kirjaamisen toteuttamisessa. Hoitajien vastauksia siihen, mitä puutteita kirjauksissa ilmenee:

”Välillä joutuu kaivamaan potilaan hoitoon liittyviä asioita kirjauksista. Kiireellisen vuoron päätteeksi ei ole välttämättä ehditty kirjata kaikkea. Osalle potilaista edellinen vuoro ei ole ehtinyt kirjata sanaakaan.”

”Kiireisinä päivinä ei olla ehditty kirjaamaan juuri mitään potilaiden voimista, kun alkaa raportin luku. Kirjaaminen tapahtuu silloin jälkikäteen.”

”Potilaan oirekuvan ja avun tarpeen kommentointi riittämätöntä.”

”Kirjaaminen ei toteudu rakenteellisen kirjaamisen mukaisesti. vaan osastolla on käytössä omat tietyt otsikot, joiden alle kirjataan.”

”Henkilökunta käyttää eri otsikoita potilaan kirjauksissa.”

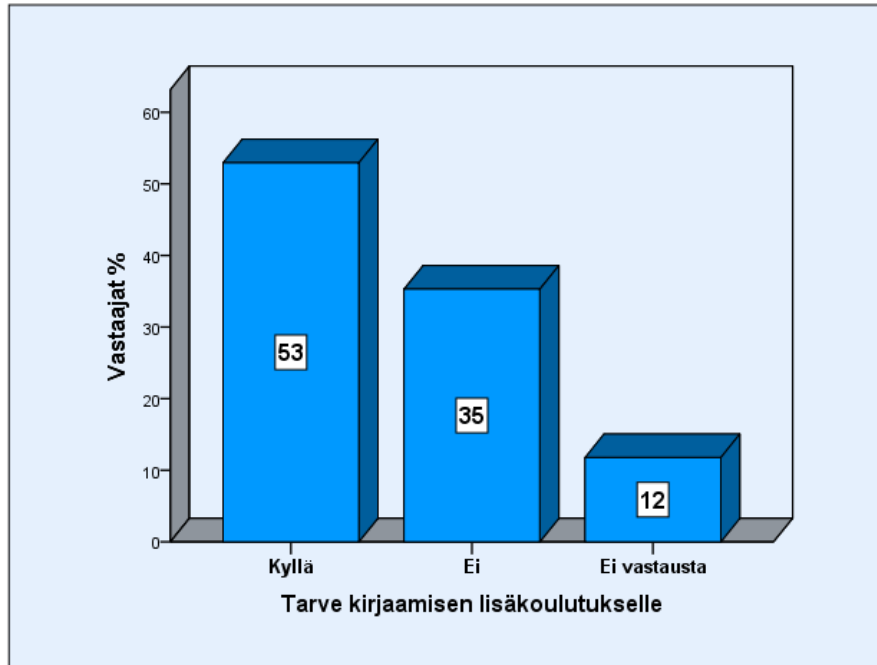
”Välillä käytetään melko subjektiivista tapaa ilmaista asioita, joka ei välttämättä kerro vuoroon tulevalle hoitajalle tarpeeksi, ellei tunne potilasta. Esimerkiksi ’potilaan käsi hieman kömpelö testattaessa sormi-nenäpää – koetta.’ Vaikea päätellä, mitä ’hieman kömpelö’ kenenkin mielestä tarkoittaa.”

”Ei varsinaisia puutteita, mutta aina on parantamisen varaa.”

”Aina ei selviä potilaan toimintakyky, ja kuinka paljon potilas tarvitsee hoitajan apua.”

Kysyttäessä hoitajilta tarvetta kirjaamisen lisäkoulutukselle enemmistö eli 53 % (n=9) hoitajista vastasi kokevansa tarvetta lisäkoulutukselle. Lisäkoulutuksen tarve näkyy myös siinä, että suurin osa hoitajista koki osaston kirjaukset puutteelliseksi. Hyvä asia on se, että hoitajat tiedostavat, että kirjauksissa on kehitettävää sekä lisäkoulutuksen tarpeen.

Hoitajista 35 % (n=6) ei kokenut tarvetta kirjaamisen lisäkoulutukselle ja 12 % (n=2) hoitajista ei vastannut kysymykseen (kuvio 6).



KUVIO 6. Hoitajien kokema tarve kirjaamisen lisäkoulutukselle osastoilla, N=17.

Kyselylomakkeessa kirjaamista koskevan aihealueen lopussa oli kaksi (2) avointa kysymystä. Ensimmäisessä avoimessa kirjaamista koskevassa kysymyksessä hoitajia pyydettiin omin sanoin vastaamaan, mitä laadukas kirjaaminen heidän mielestään pitää sisällään. Hoitajien vastauksissa korostuivat kirjauksien selkeys ja kirjatun tekstin ytimekkyys sekä potilaan huomioiminen kokonaisuutena. Hoitajien näkemyksiä siitä, mitä laadukas hoitotyön kirjaaminen sisältää:

”Potilaan huomiointi kokonaisuutena.”

”Tarkan, ajan tasaisen kuvan potilaan sen hetkisestä voinnista.”

”Potilaan vointi ja seurattavat oireet, avun tarve, tehdyt toimenpiteet.”

”Lyhyt ja ytimekäs teksti, minkä jaksaa lukea. Tärkeitä asiat selkeästi esille.”

”Pääasiat selkeästi kirjattuna, ei mitään ylimääristä.”

”Kirjatessa ajatellaan potilasta kokonaisvaltaisesti, kirjataan somaattisten oireiden lisäksi myös potilaan mielentilasta. Oireita kuvataan tarkasti, mutta ytimekkäästi.”

”Kirjaukset selkeitä ja otsikoiden alla. Kirjauksissa ei käytetä omia lyhen- teitä.”

”Potilaan hoidon kannalta olennaiset asiat lyhyesti ja ytimekkäästi.”

Toisessa avoimessa kysymyksessä hoitajia pyydettiin tarkentamaan, mitä heidän mielestään hoitajalta vaaditaan laadukkaan kirjaamisen toteuttamiseksi. Hoitajien vastauksissa korostuivat erityisesti potilaan kokonaisvaltaisen hoidon hallitseminen sekä kokonaistilanteen ymmärtäminen. Hoitajien vastauksia siitä, mitä hoitajalta vaaditaan laadukkaan kirjaamisen toteutumiseksi:

”Etsimistä, halua, hoksottimia.”

”Riittävää taitoa ensinnäkin kyseisen potilaan hoitamiseen, jotta kirjaaminen voi olla laadukasta.”

”Hoidon jatkuvuus on ymmärrettävä. On hallittava rakenteisen kirjaamisen perusteet ja kirjattava osastolla sovittujen ohjeiden mukaisesti.”

”Olennaisen hahmotuskykyä.”

”Kokonaisuuden hallintaa ja erikoisosaamista.”

”Perushoidon pitää olla hallussa, hoitajan pystyttävä hahmottamaan potilas kokonaisuutena.”

”Ymmärrystä potilaan tilan seurantaan ja muutosten havainnointiin. Aikaa ja halua.”

”Osaa ilmaista asiat selkeästi ja riittävän lyhyesti.”

”Potilaan kokonaishoidon ymmärtäminen, mikä on tarpeellinen tieto, osata kiteyttää asiat lyhyesti. Ymmärtää rakenteisen kirjaamisen pääpiirteet.”

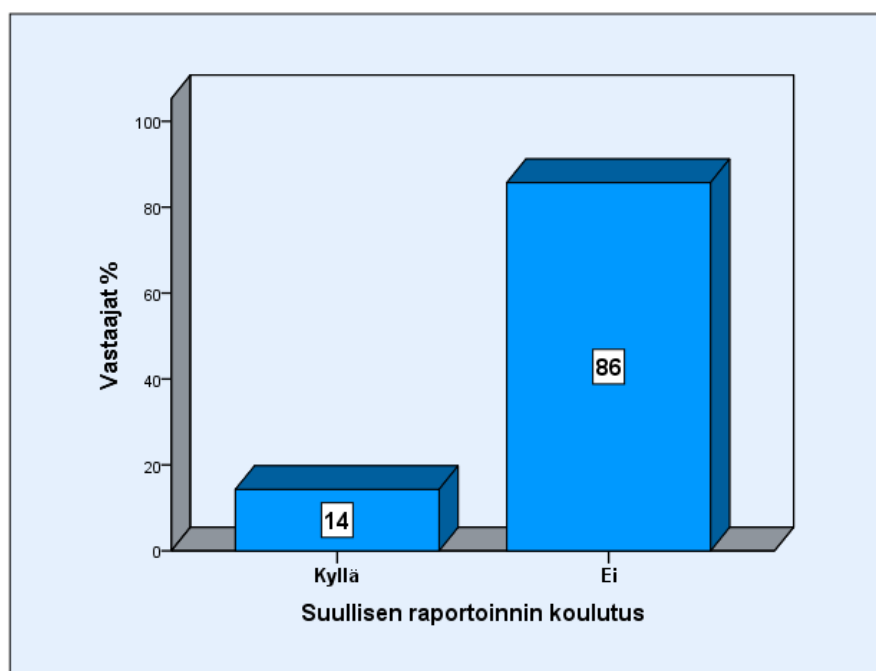
”Kielellistä taitoa ilmaista asiat selkeästi, jotta kaikki hoitajat voivat ne ymmärtää.”

5.3 Suullinen raportointi

Hoitajista 41 % (n=7) oli vastannut suullista raportointia koskevaan aihealueeseen. Kukaan vastanneista hoitajista ei ilmoittanut suullista raportointia osaston ainoaksi raportointimuodoksi. Kaikki hoitajat ilmoittivat kuitenkin, että heillä on kokemusta suullisesta raportoinnista entisenä raportointimuotona tai nykyisellä osastolla raportoidaan osittain suullisesti. Kaikilla aihealueen kysymyksiin vastanneista oli näin ollen kokemusta suullisesta raportoinnista, jolloin vastauksia voidaan pitää kokemuseräisinä ja totuudenmukaisina.

Suullista raportointia koskevassa aihealueessa monivalintakysymykset, ja -väittämät sekä avoimet kysymykset koskivat suulliseen raportointiin saatua koulutusta, suullisen raportoinnin sisältöä, osaston fyysistä ympäristöä sekä hoitajien taitoa toteuttaa suullista raportointia. Hoitajilta kysyttiin myös, mitä hyviä ja kehitettäviä puolia suullisessa raportoinnissa on sekä raportointimuodon mahdollisia puutteita.

Ensimmäisessä monivalintakysymyksessä hoitajilta kysyttiin, ovatko he saaneet osastolla koulutusta suulliseen raportointiin. Suurin osa eli 86 % (n=6) hoitajista vastasi, ettei ollut saanut osastolla koulutusta. Hoitajista 14 % (n=1) oli saanut osastolla koulutusta suulliseen raportointiin. Hoitajien vastauksia on havainnollistettu tarkemmin kuvioissa 7.



KUVIO 7. Hoitajien saama suullisen raportoinnin koulutus osastoilla, n=7.

Suullista raportointia koskevissa väittämissä kysyttiin hoitajien näkemyksiä suullisesta raportoinnista ja sen toteutumisesta osastolla. Hoitajien tuli valita valmiista vastausvaihtoehdoista yksi, joka kuvasi heidän mielestään suullista raportointia parhaiten. Vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, samaa mieltä, eri mieltä tai täysin eri mieltä. Viimeinen väittämä sisälsi avoimen tarkentavan kysymyksen, johon hoitajat vastasivat sen mukaan, mitä mieltä he olivat väittämästä (taulukko 4).

Kaikki suullisen raportoinnin aihealueeseen vastanneista hoitajista (n=7) oli joko täysin samaa tai samaa mieltä siitä, että vuorossa on tarpeeksi aikaa suullisen raportin kertomiseen. Hoitajista 14 % (n=1) oli täysin samaa mieltä ja 71 % (n=5) oli samaa mieltä siinä, että vuorossa on tarpeeksi aikaa suullisen raportin vastaanottamiseen. Hoitajista 14 % (n=1) oli sitä mieltä, että suullisen raportin vastaanottamiseen ei ole vuorossa tarpeeksi aikaa. Enemmistö eli 71 % (n=5) hoitajista oli sitä mieltä, että suullisella raportilla puhutaan vain potilaisiin liittyvistä asioita. Hoitajista 29 % (n=2) oli sitä mieltä, että suullisella raportilla keskustelun kohteena olevat asiat, eivät aina liity potilaisiin. Suurin osa eli 86 % (n=6) hoitajista käyttää raportinannon apuna sähköisiä potilasasiakirjoja, ja suurin osa raportin vastaanottavista hoitajista eli 86 % (n=6) täydentää suullisesti saatua raporttia lukemalla sähköisiä potilasasiakirjoja.

Hoitajien mielipiteet jakautuivat väittämässä, jossa selvitettiin kokevatko hoitajat saavansa suullisesta raportista kaiken potilaan hoitoa koskevan tiedon. Hoitajista 43 % (n=3) koki suullisen raportin jollain tavalla puutteelliseksi, kun taas lievä enemmistö eli 57 % (n=4) koki saavansa suullisesta raportista kaiken tai lähes kaiken potilasta koskevan tiedon.

Osaston ympäristöön liittyvässä väittämässä kartoitettiin sitä, millaiseksi hoitajat kokevat osaston tilat toteuttaa suullista raportointia. Hoitajista 14 % (n=1) oli täysin samaa mieltä ja 57 % (n=4) oli samaa mieltä siitä, että suulliseen raportointiin tarkoitetut tilat ovat rauhalliset. Hoitajista 29 % (n=2) ei kokenut, että suulliselle raportoinnille tarkoitetut tilat ovat rauhalliset.

Enemmistö hoitajista eli 57 % (n=4) oli sitä mieltä, että kaikki suullisesti raportoitu tieto ei löydy sähköisistä potilasasiakirjoista, jolloin tieto on raportoivan hoitajan varassa, eikä sitä voi mistään virallisista asiakirjoista varmentaa. Hoitajista 14 % (n=1) oli täysin samaa mieltä ja 29 % (n=2) oli samaa mieltä siitä, että kaikki suullisesti raportoitu tieto löytyy sähköisistä potilasasiakirjoista. Viimeisessä väittämässä 57 % (n=4) hoitajista koki, että suullisessa raportoinnissa ei ole puutteita. Hoitajista 14 % (n=1) oli täysin samaa mieltä ja 29 % (n=2) oli samaa mieltä siitä, että suullisessa raportoinnissa ilmenee puutteita.

Suullista raportointia koskevat väittämät	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
21. Vuorossa on tarpeeksi aikaa suullisen raportin kertomiseen	29 % (n=2)	71 % (n=5)	-	-
22. Vuorossa on tarpeeksi aikaa suullisen raportin vastaanottamiseen	14 % (n=1)	71 % (n=5)	14% (n=1)	-
23. Suullisella raportilla keskustellaan vain potilasasioista	14 % (n=1)	57 % (n=4)	29 % (n=2)	-
24. Suullisen raportin antava hoitaja käyttää raportinannon apuna sähköisiä potilasasiakirjoja	29 % (n= 2)	57 % (n=4)	14 % (n=1)	-
25. Raportin vastaanottava hoitaja täydentää suullisesti saatua raporttia lukemalla potilasasiakirjoja	43 % (n=3)	43 % (n=3)	14 % (n=1)	-
26. Koen saavani suullisesta raportista kaiken potilasta koskevan tiedon	14 % (n=1)	43 % (n=3)	43 % (n=3)	-
27. Suulliseen raportointiin tarkoitetut tilat ovat rauhalliset	14 % (n=1)	57 % (n=4)	29 % (n=2)	-
28. Kaikki suullisesti raportoitu löytyy myös sähköisistä potilasasiakirjoista	14 % (n=1)	29 % (n=2)	57 % (n=4)	-
29. Mielestäni suullisessa raportoinnissa on puutteita	14 % (n=1)	29 % (n=2)	57 % (n=4)	-

Viimeisessä väittämässä hoitajilta kysyttiin, kokevatko he suullisessa raportoinnissa puutteita. Mikäli hoitaja oli sitä mieltä, että puutteita esiintyy, pyydettiin avoimessa jatkokysymyksessä tarkentamaan omin sanoin, mitä nämä mahdolliset puutteet hoitajan mielestä ovat. Hoitajien vastaukset liittyivät enimmäkseen suullisen raportin sisältämään tietoon potilaasta, raportin pituuteen sekä asioiden kertomisen järjestykseen eli kaavaan. Hoitajien näkemyksiä siitä, mitä puutteita he kokevat suullisessa raportoinnissa:

”Taustatiedot jäivät usein vaillinaisiksi.”

”Turhaa aikaa vievä, kaikki eivät osaa kertoa lyhyesti.”

”Suullisen raportoinnin yhteydessä voisi käyttää tiettyä järjestystä/kaavaa. Helposti kerrotaan asioita sieltä täältä ja hypitään asiasta toiseen. Tietty

kaava voi mennä esimerkiksi nimi, ikä, perussairaudet, miksi osastolla, mikä vointi.”

”Ei puutteita, ei käytössä. Muilla osastoilla heikentää kirjaamista, raportointia ei aina löydy kirjattuna, ei voi tarkistaa.”

Suullisen raportoinnin aihealueen viimeiset kysymykset olivat avoimia kysymyksiä. Hoitajia pyydettiin vastaamaan omin sanoin kysymyksiin, jotka koskivat suullisen raportointimuodon hyviä sekä kehitettäviä ominaisuuksia. Suullisen raportoinnin hyviksi puoliksi koettiin keskustelu kollegan kanssa, tarkennuksien mahdollisuus sekä suullisen raportointitilanteen toimiminen perehdytystilaisuutena. Hoitajien näkemyksiä siitä, mitä hyvää on suullisessa raportointimuodossa:

”Voi kysyä puuttuvia tietoja, kokeneempi voi opastaa kokemattomampaa. Raportointitilanne toimii samalla perehdytystilanteena.”

”Voi heti kysyä, jos ei ymmärrä, toinen voi täydentää ja neuvoa.”

”Hoitaja voi tarvittaessa kysyä raportoiljalta lisää kysymyksiä ja tarkennuksia.”

”Voi tehdä tarkennuksia.”

”Voidaan keskustella potilaan asioista.”

Hoitajia pyydettiin hyvien ominaisuuksien lisäksi omin sanoin kertomaan suullisen raportoinnin kehitettävistä puolista. Hoitajien mainitsemia kehityskohteita suullisessa raportoinnissa ovat muun muassa ajan puute, raportin pituus sekä se, että osattaisiin kertoa vain oleelliset asiat. Hoitajien näkemyksiä siitä, mitä kehitettävää on suullisessa raportointimuodossa:

”Raportin on oltava ytimekäs, ei jaaritella turhia tietoja, joita voi myöhemmin lukea potilastiedoista.”

”Rauhallinen tila, aina kiire, tulisi arvioida, tarviiko jokaisesta potilaasta antaa suullista raporttia.”

”Ei tarpeen varsinaisena raportointina, vaan tarkennuksina.”

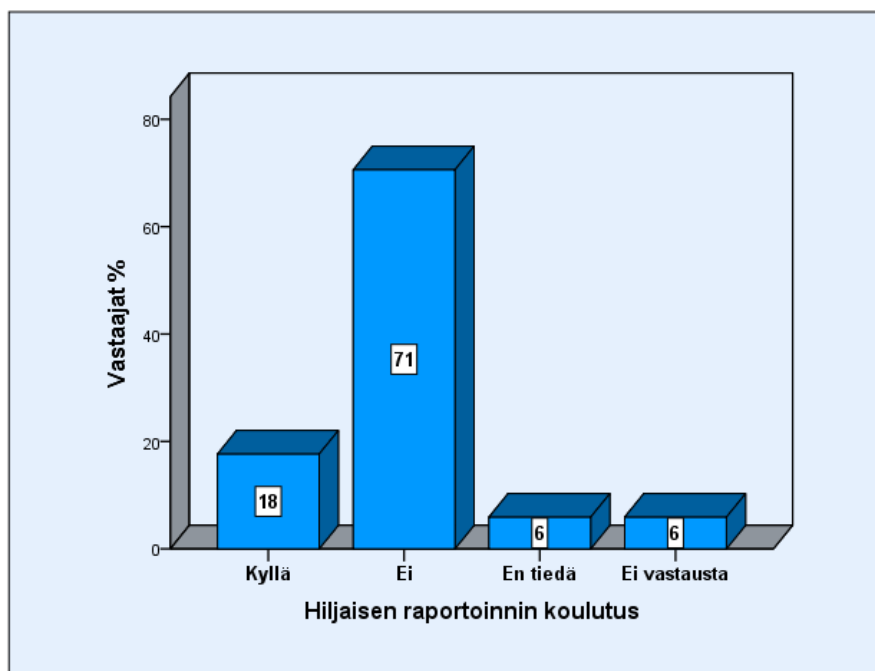
”Asiat riittävän lyhyesti.”

5.4 Hiljainen raportointi

Kyselylomakkeen hiljaista raportointia koskevaan aihealueeseen vastasivat kaikki 17 hoitajaa. Hoitajista 35 % (n=6) ilmoitti osaston ainoaksi raportointimuodoksi hiljaisen raportoinnin. Loput 65 % (n=11) hoitajista ilmoitti, että osastolla raportoidaan sekä hiljaisella että suullisessa tavalla, joten kaikilla hiljaisen raportoinnin osuuteen vastanneilla hoitajilla oli kokemusta hiljaisesta raportoinnista.

Hiljaisen raportoinnin aihealueessa monivalintakysymykset, -väittämät ja avoimet kysymykset koskivat hiljaiseen raportointiin saatua koulutusta osastolla, hiljaisen raportoinnin sisältöä ja toteutumista osastolla, johon liittyvät osaston fyysiset olosuhteet sekä hoitajien taidot. Hoitajilta kysyttiin myös avoimissa kysymyksissä hiljaisen raportoinnin mahdollisia hyviä sekä kehitettäviä puolia.

Ensimmäinen kysymys koski hiljaiseen raportointiin saatua koulutusta osastoilla. Suurin osa eli 71 % (n=12) hoitajista ei ollut saanut osastollaan koulutusta hiljaiseen raportointiin. Hoitajista 18 % (n=3) oli saanut koulutusta osastollaan hiljaiseen raportointiin. Hoitajista 6 % (n=1) ei tiennyt, oliko saanut koulutusta ja 6 % (n=1) ei vastannut kysymykseen (kuvio 8).



KUVIO 8. Hoitajien saama hiljaisen raportoinnin koulutus osastoilla, N=17.

Hiljaisen raportoinnin väittämät koskivat hiljaisen raportoinnin toteutumista osastoilla, joka sisältää osaston fyysiset olosuhteet sekä hiljaiseen raportoinnin sisältöön liittyviä tekijöitä, esimerkiksi kirjaamisen. Hoitajat valitsivat valmiista vastausvaihtoehdoista yhden, joka heidän mielestään kuvasi väittämää parhaiten. Vastausvaihtoehdot väittämiin olivat täysin samaa mieltä, samaa mieltä, eri mieltä tai täysin eri mieltä (taulukko 5).

Hoitajista suurin osa eli 59 % (n=10) oli sitä mieltä, että vuorossa on riittävästi aikaa tutustua potilasasiakirjoihin. Hoitajista 24 % (n=4) oli eri mieltä ja 12 % (n=2) oli täysin eri mieltä ajan riittävydestä potilasasiakirjoihin tutustumiseen. 6 % (n=1) hoitajista vastannut väittämään. Hoitajista enemmistö eli 82 % (n=14) oli sitä mieltä, että hiljaiseen raportointiin tarkoitetut tilat eivät ole rauhalliset. Hoitajista 12 % (n=2) oli samaa mieltä siitä, että hiljaiseen raportointiin tarkoitetut tilat ovat rauhalliset. Hoitajista 6 % (n=1) ei vastannut väittämään.

Hoitajista 12 % (n=2) oli samaa mieltä ja 53 % (n=9) hoitajista oli täysin samaa mieltä siitä, että hiljaisessa raportoinnissa hoitajalla on mahdollisuus valikoiden tutustua vain potilaan hoidon kannalta olennaiseen tietoon. Hoitajista 29 % (n=5) oli eri mieltä ja 6 % (n=1) oli täysin eri mieltä siitä, että hoitajalla olisi vapaus valikoiden tutustua potilaan

hoidon kannalta olennaiseen tietoon. Suurin osa hoitajista eli 77 % (n=13) vastasi osavansa poimia kirjauksista potilaan hoidon kannalta olennaisen tiedon. Hoitajista 24 % (n=4) vastasi, että olennaisen tiedon poimiminen potilasasiakirjoista tuottaa haasteita.

Kaikki väittämiin vastanneet olivat joko täysin samaa tai samaa mieltä siitä, että hiljainen raportointi ei estä hoitajien välistä kommunikaatiota osastolla. Suurin osa hoitajista eli 83 % (n=14) vastasi, että hiljaisen raportin lisäksi jotkin asiat tarvitsevat myös suullisen raportin. Väittämä sisälsi jatkokysymyksen, jossa hoitajia pyydettiin tarkentamaan ja antamaan esimerkkejä asioista, jotka tarvitsevat myös suullisen raportin hiljaisen tueksi. Hoitajien näkemyksiä siitä, mitkä asiat tarvitsevat suullisen raportin:

”Jos jotain tapahtuu vielä raportin lukemisen aikana. Jos jotain pitää tehdä heti. Jos potilaan vointi on sellainen, että tarvitsee välitöntä seurantaa. Jos asiat kirjaamatta.”

”Jos kiireen vuoksi ei ole ehditty kirjata kunnolla, voi asioita kertoa suullisesti.”

”Esimerkiksi kun potilas käy kesken päivän osaston ulkopuolella tutkimuksessa on usein tarkistettava vuorossa olleelta hoitajalta, onko lääkäri tietoinen tutkimustuloksista.”

”Tarvittaessa ’tunnelmaraportti’ esimerkiksi, jos jotain erityistä osastolla menossa esimerkiksi väkivallan uhka.”

”Joskus potilaan voinnissa hoitaja aistii muutoksen, jota ei vielä voi havaita mistään arvoista ja kirjauksista, tämän tiedon eteenpäin vieminen. Käytännön asioita esimerkiksi suljin kestokatetrin virtsanäytteen ottoa varten klo 20. Mitä ei ole tehty esimerkiksi labrat tilaamatta. Tilaatko sinä?”

”Mikäli potilaan voinnissa on tapahtunut jotain oleellista muutosta, potilas on huonokuntoinen tai hänellä on tarkkailua vaativa oire/hoidon tarve.”

”Arkaluontoiset asiat, jotka voisivat häiritä potilasta omia tietojaan katsoessa.”

Viimeisessä väittämässä kysyttiin, saavatko hoitajat mielestään hiljaisesta raportista kaiken oleellisen potilasta koskevan tiedon. Puolet väittämään vastanneista hoitajista eli 47 % (n=8) koki saavansa hiljaisesta raportista kaiken potilasta koskevan tiedon. Vastaavasti myös 47 % (n=8) hoitajista koki, ettei saa hiljaisesta raportoinnista kaikkea potilasta koskevaa tietoa. Hoitajista 6 % (n=1) ei vastannut väittämään. Mikäli hoitaja ei kokenut saavansa hiljaisesta raportoinnista kaikkea oleellista potilasta koskevaa tietoa, pyydettiin häntä avoimessa kysymyksessä tarkentamaan, mikä tieto jää puuttumaan. Hoitajien näkemyksiä siitä, mikä tieto jää puuttumaan:

”Hiljainen tieto jää puuttumaan.”

”Riippuu täysin kirjaajasta.”

”Kaikki eivät kirjoita tarvittavia asioita.”

”Tarkemmat yksityiskohdat jäävät kirjaamatta. Joskus omaisilta saatu yksityiskohtainen tieto on helpompaa kertoa kuin kirjata.”

”Kaikkea ei aina ole kirjattu.”

TAULUKKO 5. Hiljaista raportointia koskevat väittämät, N=17.

Hiljaista raportointia koskevat väittämät	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei vastausta
34. Vuorossa on tarpeeksi aikaa potilasasiakirjoihin tutustumiseen	12 % (n=2)	47 % (n=8)	24 % (n=4)	12 % (n=2)	6 % (n=1)
35. Hiljaisen raportoinnin toteutumiseen on rauhalliset tilat	-	12 % (n=2)	53 % (n=9)	29 % (n=5)	6 % (n=1)
36. Hiljaisessa raportoinnissa hoitaja voi valikoiden tutustua vain potilaan hoidon kannalta olennaiseen tietoon	12 % (n=2)	53 % (n=9)	29 % (n=5)	6 % (n=1)	-
37. Osaan poimia kaiken potilaan hoidon kannalta olennaisen tiedon kirjauksista	24 % (n=4)	53 % (n=9)	24 % (n=4)	-	-
38. Hiljainen raportointi ei estä osaston henkilökunnan välistä kommunikaatiosta	47 % (n=8)	47 % (n=8)	-	-	6 % (n=1)
39. Tiedot asiat vaativat myös suullisen raportin	59 % (n=10)	24 % (n=4)	18 % (n=3)	-	-
40. Koen saavani hiljaisesta raportoinnista kaiken tarvittavan potilasta koskevan tiedon	12 % (n=2)	35 % (n=6)	47 % (n=8)	-	6 % (n=1)

Hiljaisen raportoinnin aihealueen viimeiset avoimet kysymykset koskivat hiljaisen raportoinnin hyviä puolia sekä kehityksen kohteita. Hyvissä puolissa hoitajat korostivat sitä, että hiljainen raportti vie vähemmän hoitajia ja hoitaja saa itse poimia tärkeäksi kokemiinsa asioita kirjauksista. Myös ajan säästyminen koettiin hiljaisen raportoinnin hyväksi puoleksi. Hoitajien näkemyksiä siitä, mitä hyvää on hiljaisessa raportoinnissa:

”Kun luet, edellinen vuoro vastaa kelloihin ja tekee viime hetken töitä.”

”Voi itse poimia tärkeimmät pääkohdat omassa järjestyksessä.”

”Saa omaan tahtiin lukea rauhassa potilaasta tiedot, lääkitykset ym.”

”Ei tarvitse kuunnella ja omaksua koko osaston potilaiden asioita, helpottaa keskittymistä omiin potilaisiin. Nopeaa.”

”Aikaa säästyy ja tulee asiaa.”

”Potilaan luonteesta ei pysty luomaan ennakkoluuloa, joka vaikuttaa hoitajan asenteeseen/ potilaaseen suhtautumiseen.”

”Kirjaamisen laatu paranee, tarvittava tieto löytyy kirjattuna, sen voi tarkistaa, ei kuulopuheita.”

”Saa itse valita, mitä lukee.”

”Vie vähemmän henkilökuntaa, toiset vastaavat kelloihin, kun toiset lukevat.”

Hiljaisen raportoinnin kehityskohteiksi hoitajat kokivat erityisesti puutteellisen kirjaamisen sekä rauhan puutteen lukiessa hiljaista raporttia. Hoitajat mainitsivat myös, että edellinen työvuoro on usein ehtinyt jo lähteä, kun pitäisi esittää lukemisen jälkeen tarkentavia kysymyksiä. Hoitajien kokemuksia siitä, mitä hiljaisessa raportoinnissa tulisi kehittää:

”Rauhan puute. Edellinen vuoro ehtii lähteä töistä ennen kuin ehdit kysyä tarkentavia kysymyksiä.”

”Kirjaamisen täytyy olla hyvää, että hiljaisesta raportoinnista saa kaiken irti.”

”Aikaa lukea rauhassa hiljaisessa paikassa.”

”Kirjaaminen joskus puutteellista.”

”Puhutaan liikaa hiljaisen raportin lisäksi suullisia asioita.”

”Vuoron vaihteessa potilasta aikaisemmin hoitanut tulee melko aikaisin kysymään ’onko kysyttävää?’, vaikka itse on juuri aloittanut raportin lukemisen.”

”Mahdollisuus lukea rauhassa. Kurkitaan olan yli ja kysellään ’joko luit...?’ Tulisi huomioda, että raportin luku vie oman aikansa.”

”Osa asioista kirjataan moneen paikkaan, on siis päällekkäisyyksiä.”

”Kirjaukset ajan tasalla ja ajoissa kirjattuna.”

”Tilat puutteelliset, koneita liian vähän. Ei aikaa kirjaamiseen eli hommat monesti kesken raportin alkaessa.”

”Kirjaamista voi aina parantaa.”

5.5 Muut tulokset

Hoitajilla oli kyselylomakkeen lopussa mahdollisuus vapaasti kommentoida haluamiaan asioita. Kommentit saivat liittyä käytännössä mihin tahansa. Aihetta ei rajattu mihinkään opinnäytetyön aihepiireihin, vaan kommentit saivat olla vapaita kommentteja ja palautteita aiheesta tai aiheen ulkopuolelta. Avoimen kysymyksen tarkoituksena oli antaa hoitajille mahdollisuus tuoda esiin mielipiteitään, joita kyselylomakkeessa ei huomattu erikseen kysyä. Hoitajien vapaita kommentteja:

”Hoidon turvallisuus ja jatkuvuus pääasia riippumatta raportointimuodosta.”

”Hiljaisen raportoinnin aikana perehdyttämisen tarve lisääntyy. Ennen suulliset raportointitilanteet olivat myös perehdyttämistilanteita. Nyt perehdyttämisen pitäisi tapahtua muuten.”

”Rakenteinen kirjaaminen on välillä vaikeaa. On vaikea muodostaa selkeitä ja lyhyitä lauseita.”

”Molemmista raportointimuodoista kokemusta, hiljainen ehdottomasti parempi vaihtoehto, myös hoitajan oikeusturvan kannalta.”

*”Hiljainen raportointi mahdollistaa, että joitakin töitä voi vain jättää teke-
mättä, ei kukaan kysy, onko tehty. Mainittakoon esimerkiksi pesut, joidenkin
näytteiden otto ym.”*

*”Suullinen raportti antaa tietoa myös koko moduulin hoitajille hahmottaa
kollegoiden avun tarve ja mahdollistaa äkkiäisissä tilanteissa toiminnan
pohjan.”*

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua

Tässä osiossa tarkastellaan kyselylomakkeilla saatuja tuloksia sekä pohditaan, mitä mahdollisia johtopäätöksiä tulosten perusteella voidaan tehdä. Kysymysten ja väittämien tuloksia verrataan aiheeseen liittyvään teoriaan sekä tutkimuksiin. Tuloksia verrataan myös toisiinsa, pohtien samalla vastauksien mahdollisia ristiriitaisuuksia sekä syy-seuraussuhteita.

Kyselylomakkeen tuloksista oli jokaisessa aihealueessa huomattavissa, että suurin osa hoitajista oli samaa mieltä määrätyistä asioista. Jokaisella hoitajalla on oma yksilöllinen mielipide ja suhtautuminen hoitotyön kirjaamiseen sekä suulliseen ja hiljaiseen raportointiin. Tästä huolimatta vastauksissa toistuivat määrätyt asiat selkeyttäen, mitä ovat kunkin aihepiirin hyvät puolet sekä kehittämisen kohteet.

Hoitotyön kirjaamiseen liittyvistä tuloksista voidaan yleisesti päätellä, että osastoilla annetaan hoitajille kohtalaisen hyvät valmiudet toteuttaa kirjaamista. Suurin osa kyselyyn vastanneista hoitajista oli saanut hoitotyön kirjaamiseen liittyvää koulutusta osastoilla. Enemmistö hoitajista oli sitä mieltä, että osaston tilat tukevat hoitotyön kirjaamisen toteuttamista, tietokoneiden määrään hoitajat kuitenkin kaipaavat lisäystä.

Hoitotyön kirjaamisen sisältöön liittyen vastaukset olivat ristiriitaisia. Enemmistön mukaan kirjaamiskäytännöt ovat osastoilla yhtenäisiä sekä kirjaukset ajantasaisia ja antavat selkeän kuvan potilaan sen hetkisestä tilasta. Ristiriitaa aiheuttaa se, että edellä mainituista asioista huolimatta enemmistö hoitajista kokee kirjauksien olevan puutteellisia. Hyvä puoli on, että hoitajat tiedostavat kirjauksien puutteellisuuden ja ymmärtävät vastuunsa hoitotyön kirjaamisen toteuttamisessa. Vastauksien perusteella suurin osa hoitajista koki tarvetta hoitotyön kirjaamisen lisäkoulutukselle. Hoitajilla on lain mukainen velvoite ylläpitää ja kehittää omaa ammattitaitoaan. Laki asettaa myös vastuun työnantajalle, jonka velvollisuutena on seurata hoitajien ammatillista kehitystä ja tarvittaessa järjestää lisäkoulutusta. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 229/1994.)

Suullista raportointia koskevista kysymyksistä ilmeni, että hoitajat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä kyseiseen raportointimuotoon, eikä suullisessa raportointimuodossa enemmistön mukaan ollut puutteita. Suurin osa hoitajista oli tyytyväisiä osastojen tiloihin sekä raportin kertomiseen ja vastaanottamiseen käytettävissä olevaan aikaan. Hoitajien mukaan suullisen raportin kertoja käyttää useimmiten raportinannon apunaan sähköisiä potilasasiakirjoja sekä aloittavan vuoron hoitaja täydentää suullisesti saatua raporttia sähköisistä potilasasiakirjoista. Potilasasiakirjat ja hoitotyön kirjaaminen luovat pohjan myös suulliselle raportoinnille, niiden avulla varmistetaan turvallinen tiedonkulku, kun asiat eivät ole ainoastaan sanallisessa muodossa hoitajien muistin varassa. (Helovuori ym. 2012, 72.) Potilasasiakirjojen käytöstä huolimatta vastauksista ilmeni, että kaikki suullisesti raportoitu ei löydy potilaan tiedoista, joka aiheuttaa tiedonkulkuun puutteita ja ristiriitoja. Hoitohenkilökunnan tulisi muistaa, että kirjaaminen on laillinen velvollisuus, joka potilaan hoidon turvaamisen lisäksi toimii myös hoitajan juridisena turvana. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009; Rautava-Nurmi ym. 2014, 40.) Meumin ja Ellingsenin (2011, 486) tutkimuksessa kirjaamisen laatu parantui hiljaiseen raportointiin siirtymisen myötä, joka ilmeni myös osasta tämän opinnäytetyön kyselyn vastauksista.

Avoimista kysymyksistä ilmeni, että hoitajat kokevat suullisen raportointitilanteen tärkeänä hiljaisen tiedon sekä toisen hoitajan opastamisen ja perehdyttämisen kannalta. Myös hiljaista raportointia koskevista vastauksista ilmeni, että hoitajien mielestä jotkin asiat vaativat suullisen raportoinnin. Meum ja Ellingsen (2011) tutkivat Norjalaisen yliopistollisen sairaalan yhden vuodeosaston siirtymistä suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin. Meum ja Ellingsen (2011, 484) havaitsivat tutkimuksessaan, että hoitajien kaipaama opastaminen ja perehdytys vähenivät hiljaiseen raportointiin siirryttäessä. He ratkaisivat asian siten, että osastolla pidettiin aamuisin lyhyt yhteenveto hoidossa olevista potilaista, jolloin hoitajilla oli mahdollisuus keskustella kollegoiden kanssa sekä tarvittaessa esittää kysymyksiä potilaisiin ja heidän hoitoonsa liittyen. Aamuisin pidetty yhteenveto auttoi kyseistä osastoa ratkaisemaan hiljaiseen tietoon sekä opastamiseen ja perehdyttämiseen liittyvän ongelman, jolloin osaston on helpompi siirtyä kohti hiljaista raportointia. Osastoilla tulisi ymmärtää, että raportointitavasta toiseen siirtyminen ei käy hetkessä. Siirtyminen on prosessi, jota tulee valmistella. Osastoilla tulisi ottaa myös huomioon, että uusi raportointitapa vaikuttaa osastoon kokonaisvaltaisesti, jolloin monia mui-

takin toimintatapoja osaston sisällä voidaan joutua muokkaamaan raportointitapaan sopivammiksi, esimerkiksi työntekijöiden koulutusta ja perehdytystä voidaan joutua lisäämään siirryttäessä hiljaiseen raportointiin.

Vastauksista ilmeni, että suulliseen raportointiin kaivattaisiin yhtenäistä kaavaa tai tapaa, jolla raportti kerrottaisiin. Hoitajien mukaan asioita kerrotaan ajoittain hajanaisesti sieltä täältä, jolloin raporttia vastaanottavan hoitajan on vaikeampi hahmottaa potilaan tilaa kokonaisvaltaisesti. Yhtenäinen kaava auttaisi pitämään raportin lyhyenä ja ytimekkäänä, jonka tärkeyttä hoitajat myös korostivat kyselyn vastauksissaan. Meumin ja Ellingsenin (2011, 480) tutkimuksessa tuli esille, että suullisesta raportista puuttui usein rakenne. Asioita toistettiin sekä kerrottiin usein irrallisesti ja toisinaan tärkeät asiat unohdettiin mainita.

Hiljaiseen raportointiin liittyen hoitajien vastauksista ilmeni, että hiljaisen raportoinnin vahvuuksia olivat raportointitavan nopeus sekä se, että hoitaja saa itse valikoiden tutustua potilaan olennaisiin tietoihin. Hiljaisessa raportoinnissa hoitajat voivat kukin tavallaan ja omassa järjestyksessään tutustua potilaan tietoihin, jolloin samanlaista yhtenäistä kaavaa ei tarvita kuin suullisessa raportoinnissa. Hiljaista raportointia koskevista vastauksista ilmeni, että suurin osa hoitajista kaipasi rauhallisempia tiloja toteuttaa hiljaista raportointimuotoa. Kirjaamisen osuudessa esille tullut tietokoneiden puute voidaan liittää myös hiljaiseen raportointiin, koska tietokone on hiljaisen raportoinnin toteutumisen kannalta olennainen työn väline. Hoitajat mainitsivat hyväksi asiaksi sen, että hiljainen raportointitilanne vie vähemmän hoitajia. Hiljaisessa raportissa hoitajien työnjako on selkeä, kun työvuoronsa aloittava hoitaja tutustuu potilaan tietoihin ja työvuoronsa lopettava hoitaja huolehtii sillä välin potilaista. Sarvestanin ym. (2015, 243) tutkimuksessa hoitajien työnjako oli selkeämpi hiljaiseen raportointiin siirryttäessä.

Sarvestantin ym. (2015, 242) tutkimuksessa ilmeni, että suullisella raportilla saatetaan välittää ennakkoluuloja ja oletuksia potilaasta sekä hänen läheisistään, jolloin työvuoronsa aloittavalla hoitajalla on jo muodostunut tietty mielikuva potilaasta ennen potilaan tapaamista. Hiljaisen raportin avoimissa vastauksissa mainittiin hiljaisen raportoinnin hyväksi puoleksi juuri se, että potilaan luonteesta ei kirjausten perusteella voi tehdä ennenaikaisia johtopäätöksiä.

Ongelmat hiljaiseen raportointiin siirtymisessä liittyvät usein tapaan, jolla raportointimenetelmää markkinoidaan hoitajille. Hiljaisen ja suullisen raportoinnin ero ei ole niin mustavalkoinen, mitä toisinaan annetaan ymmärtää. Suullisessa raportoinnissa potilasasiakirjat ovat myös tärkeässä roolissa ja hiljaisessa raportoinnissa hoitajien välinen kommunikatio ei ole kiellettyä. Hiljaisessa raportoinnissa kirjauksien on tarkoitus antaa tarkkaa ja luotettavaa tietoa, poissulkematta kuitenkaan ammatillista keskustelun mahdollisuutta kollegoiden kanssa. Ihmisten yksilöllisyyden vuoksi osaston raportointitapa ei voi miellyttää koko osaston hoitohenkilökuntaa. (Meum & Ellingsen 2011, 485, 487.) Opinnäytetyön vastauksista kävi ilmi, että hoitajilla on yksilöllinen suhtautumistapa raportointimuotoihin. Vastauksista ilmeni myös, että tärkeintä on potilaan turvallinen hoito eikä se, millä tavoin siihen liittyvä raportointi toteutetaan.

Voidaan todeta, että laadukas hoitotyön kirjaaminen on merkittävin raportointiin vaikuttava tekijä. Laadukas hoitotyön kirjaaminen parantaa raportoinnin ja tiedonkulun laatua, joilla kaikilla on suuri vaikutus potilaan turvallisen hoidon toteutumiseen. Onnistunut ja turvallinen kirjaaminen sekä raportointi vaativat hoitajilta kokemusta ja kouluttautumista. (Sarvestani ym. 2015, 248.)

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tässä eettisyyttä koskevassa osiossa esitellään tutkimusetiikan yleisiä piirteitä sekä tarkastellaan sitä, miten ne toteutuivat opinnäytetyöprosessin aikana. Tutkimusetiikan tulisi ohjata tutkimusprosessin kulkua alusta loppuun. Tutkimusetiikka korostaa hyvää tieteellistä käytäntöä ja sen sisältöä, jota olen koko opinnäytetyöprosessin ajan noudattanut parhaani mukaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) mukaan hyvä tieteellinen käytäntö sisältää ohjeistuksia, joiden soveltaminen vaatii tutkijalta ja tutkijayhteisöltä itsesääätelyä, lainsäädännön määrittelemissä rajoissa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK –ohjeiden (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012) mukaan hyvä tieteellinen käytäntö noudattaa tutkimustyössä huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta. Edellä mainittuja periaatteita tulee noudattaa aineiston keräämisen lisäksi myös tulosten käsittelyssä, tallentamisessa, esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Vilkan (2007, 90) mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön sisältyy myös se, että tutkimusongelmien ja

-tavoitteiden asettelu sekä aineiston keruu, käsittely ja säilytys sekä tulosten esittäminen eivät loukkaa millään tavalla kohderyhmää.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu oleellisesti asianmukaisen luvan hankkiminen, jota myönnettäessä suoritetaan aiheen eettinen ennakkoarvio, jonka tarkoituksena on arvioida aiheen eettisyyttä yleisesti sekä toimia kohderyhmän eettisenä turvana. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012.) Kohderyhmää tulee kohdella prosessin ajan kunnioittavasti ja rehellisesti. Kyselyyn osallistuvia tulee informoida aiheen sisällöstä ja sen tuloksien käyttötarkoituksista sekä pyytää suostumus osallistumiseen. Osallistumisen tulee olla vapaaehtoinen eli ketään ei voida pakottaa kyselyyn osallistumiseen. Kohderyhmällä on oikeus keskeyttää prosessi milloin tahansa ilman selityksiä. Kyselyyn osallistuvien anonymiteetin säilyttämisestä tulee pitää kiinni koko prosessin ajan, joka tarkoittaa sitä, ettei kohderyhmäläisten henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa prosessia. Raporttiin ei tule kirjoittaa asioita, joista vastaajan voisi mahdollisesti tunnistaa. Tulokset tulee hävittää asianmukaisella tavalla prosessin jälkeen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367.)

Opinnäytetyössä tulee käyttää eettisesti kestäviä sekä tieteellisen tutkimuksen normien mukaisia tiedonhankintalähteitä. Alkuperäistä tiedon tuottajaa tulee kunnioittaa laatimalla asianmukainen lähdeluettelo ja merkitsemällä tekstiin asianmukaiset lähdeviitteet. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Plagiointi eli toisen henkilön tuottaman tekstin käyttö omanaan tai ilman asianmukaisia lähdeviitteitä on hyvien tieteellisten käytäntöjen vastaista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 370.)

Tutkijan tulisi pyrkiä tunnistamaan omat ennakkoasenteensa ja pyrkiä irtautumaan niistä, jotta tuloksissa vältyttäisiin virheiltä ja vääristymiltä. Vahvoja ilmaisuja ja sanontoja, jotka saattavat ohjata vastaajaa vastaamaan määrättyllä tavalla tulisi välttää. Tutkijan tulee pysyä mahdollisimman objektiivisena koko prosessin ajan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 370; Holopainen & Pulkkinen 2012, 13.)

Tulosten analysoinnin tulisi tapahtua tieteellisesti luotettavalla tavalla ja hyödyntäen kaikki kerätty aineisto. Tulosten suora tietoinen väärennys sekä tarkoituksenmukainen virheellinen raportointi on hyvien tieteellisten käytäntöjen vastaista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 369.) Tulosten hyvä tieteellinen tapa edellyttää avoimuutta tulosten esittelyssä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Asianmukainen lupa opinnäytetyöhön haettiin sairaalan opetusylihoitajalta. Aineistonkeruuprosessi aloitettiin vasta luvan myöntämisen jälkeen. Sähköisen kyselylomakkeiden mukaan liitettiin saatekirjeet (liite 1 & liite 2), jossa informoitiin osastoja sekä hoitajia vastausten käyttötarkoituksesta sekä opinnäytetyön tavoitteista ja taustoista. Saatekirjeissä korostettiin, että kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista ja kyselylomakkeeseen vastaamisen saa halutessaan keskeyttää milloin tahansa. Saatekirjeissä korostettiin, että kyselylomakkeeseen vastaavien hoitajien anonymiteetti säilytetään koko opinnäytetyöprosessin ajan. Vastaaminen kyselylomakkeisiin tapahtui nimettömänä, eikä vastauksia jälkikäteen pysty yhdistämään osastoon tai henkilöön.

Tietolähteinä opinnäytetyön teoriaosuudessa pyrittiin käyttämään mahdollisimman luotettavaa ja ajantasaista tietoa. Suurin osa lähteistä on alle kymmenen (10) vuotta vanhoja, lukuun ottamatta voimassa olevia lakeja sekä muutamaa kirjälähdettä. Yli kymmenen (10) vuotta vanhojen kirjallisten lähteiden kohdalla harkittiin tarkkaan, että viitattu asia ei ole aikaan sidonnainen. Opinnäytetyöhön laadittiin asianmukainen lähdeluettelo sekä tekstiin lisättiin lähdeviitteet alkuperäistä tiedon tuottajaa kunnioittaen. Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään ensisijaisia lähteitä. Hyvän tieteellisen tavan mukaan opinnäytetyön tekstejä ei plagioitu.

Opinnäytetyössä ja kyselylomakkeessa pyrittiin välttämään vahvoja tai loukkaavia ilmaisuja, jotka mahdollisesti saattaisivat loukata kyselylomakkeeseen vastaavaa hoitajaa tai vaikuttaa hoitajan vastauksiin johdattelemalla vastaamaan kysymykseen tai väittämään määrättyllä tavalla. Opinnäytetyöprosessiin pyrittiin suhtautumaan mahdollisimman objektiivisesti.

Kyselylomakkeet analysoitiin määrällisen menetelmän edellyttämällä tavalla. Kyselylomakkeiden analysoinnissa toimittiin tarkkaavaisesti ja huolellisesti. SPSS –ohjelmaan syötetyt tiedot ja vastaukset tarkistettiin useaan kertaan. Tulokset ovat totuudenmukaisia, eikä niitä muunneltu. Kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisella tavalla opinnäytetyöprosessin päättymisen jälkeen.

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Määrällisen menetelmän yhteisluotettavuutta kuvaavat tieteelliset termit ovat opinnäytetyön validiteetti ja reliabiliteetti. Kokonaisluotettavuutta lisäävät muun muassa seuraavat asiat: ongelmien tarkka määrittely, joka johdattaa aineiston keruuta oikeaan suuntaan eli kartoitetaan ja havainnoidaan sitä, mitä oli tarkoituskin, sopivan kohderyhmän valinta ja kohderyhmään sopiva mittari sekä sopiva aineiston keruu-aika, hyvin suunniteltu mittari eli arkikieliset ja ymmärrettävät kysymykset, kyselylomakkeen testaus sekä oikea analysointimenetelmä ja tarkasti toteutettu aineiston analysointi. Kokonaisluotettavuuteen vaikuttavia asioita arvioidaan koko opinnäytetyöprosessin ajan. (Vilkkä 2007, 152-153.)

Validiteetilla kuvataan pätevyyttä, jolla ilmaistaan sitä, miten hyvin on onnistunut kuvaamaan sitä asiaa, mitä sen oli tarkoituskin kuvata. Validiteettiin vaikuttavat muun muassa se, miten asiat onnistutaan muotoilemaan sellaiselle kielelle, että kyselyyn vastanneiden on ollut helppo ymmärtää ne. Validiteetin yhteydessä arvioidaan seuraavia asioita: miten käsitteiden operationalisointi on onnistunut, miten valittujen asteikoiden toimivuus on onnistunut sekä ovatko kysymykset ja vastausvaihtoehdot sisällöltään ymmärrettäviä, ja mitä epätarkkuuksia tai kehitettäviä ominaisuuksia mittariin sisältyy. (Vilkkä 2007, 150.)

Reliabiliteetti taas kuvataan luotettavuutta käytetyn mittarin suhteen. Tässä opinnäytetyössä reliabiliteetilla tarkoitetaan siis kyselylomakkeen luotettavuutta, ja kykyä tuottaa ei-sattumanvaraista tietoa. Kyselylomake on tarkka ja luotettava, mikäli uusilla mittauskerroilla saadaan samat tulokset kuin aikaisemmilla mittauskerroilla. Reliabiliteettia arvioitaessa kiinnitetään huomiota siihen, mikä on vastausprosentti, millaisia ovat otoskoko ja laatu, sisältyykö kyselylomakkeeseen mittausvirheitä eli ovatko kysymykset tarpeeksi kattavia. (Vilkkä 2007, 149; Holopainen & Pulkkinen 2012, 159; Valli 2015, 16-17.)

Opinnäytetyön kyselylomaketta hahmoteltiin vasta teoriaan tutustumisen jälkeen, jolloin varmistuttiin siitä, että kyselylomakkeessa otettaisiin huomioon mahdollisimman kattavasti kaikki raportointiin liittyvät tekijät. Kysymykset muotoiltiin mahdollisimman selkeästi ja yksinkertaisesti niin, että kaikki hoitajat ymmärtäisivät ne samalla tavalla. Kaksiosaisia kysymyksiä ja väittämiä ei tehty, koska ne usein hankaloittavat vastaamista ja vastausten tulkitsemista. Kysymykset ja väittämät ryhmiteltiin selkeästi omiin aihealueisiin, jolloin vastaaja tiesi, mihin asiayhteyteen ne liittyivät. Myös vastaamiseen liittyvästä

ohjeistuksesta yritettiin tehdä mahdollisimman selkeä. Tästä huolimatta osa kyselylomakkeeseen vastanneista hoitajista oli ymmärtänyt vastausohjeet eri tavalla kuin alun perin oli tarkoitettu, joten jälkikäteen ajateltuna ohjeistuksessa oli parantamisen varaa. Kyselylomake testattiin yhdellä sairaanhoitajalla ja yhdellä lähihoitajalla, jotka eivät työskennelleet kohdeosastoilla. Väärinymmärrysten välttämiseksi kyselylomakkeen olisi voinut testata suuremmalla joukolla, esimerkiksi yhdellä kyselyyn osallistuneista osastoista.

Kysely pyrittiin toteuttamaan ajankohtana, jolloin osastoilla ei ollut muita kyselyjä samaan aikaan. Tällä yritettiin lisätä hoitajien mielenkiintoa kyselylomakkeeseen vastaamista kohtaan sekä aikaa itse vastaamiseen. Vastausprosentti jäi siitä huolimatta niukaksi, joka vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen. Vastausten niukkuuteen on saattanut vaikuttaa hoitajien loppuvuoden, etenkin joulun pyhäpäivien kiireellisyys osastoilla. Kyselylomakkeilla saatiin kuitenkin laadukasta tietoa pienestä vastausmäärästä huolimatta erityisesti kyselyyn vastanneiden osastojen käyttöön.

Koko opinnäytetyöprosessin ajan kyselyyn osallistuviin osastoihin ja hoitajiin pyrittiin suhtautumaan objektiivisesti. Opinnäytetyön tekijän ja kyselyyn osallistuvien hoitajien välinen suhde oli koko opinnäytetyöprosessin ajan etäinen, jolloin opinnäytetyön tekijä ei pystynyt vaikuttamaan käyttäytymisellään kyselyyn osallistuvien hoitajien vastauksiin. Kyselylomakkeessa pyrittiin käyttämään mahdollisimman neutraaleja ilmaisuja, jotka eivät johdatelleet hoitajien vastauksia. (Vilkkä 2007, 13.)

Kyselylomakkeiden tulokset analysoitiin huolellisesti. Tulokset syötettiin SPSS –tilastointiohjelmaan, jonka jälkeen tarkistettiin vielä, että tuloksien syöttämisen yhteydessä ei tapahtunut virheitä. Näin ollen tutkimustuloksissa esitetyt prosentit, luvut, taulukot ja kuvat ovat luotettavia, eikä niitä ole tarkoituksella muutettu tutkimustulosten analysoinnin yhteydessä. Opinnäytetyön valmistumisvaiheessa opinnäytetyö on useaan kertaan läpiluettu ja silmäämääräisesti katsottu, ettei virheitä ilmenisi.

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Samasta aiheesta voisi tulevaisuudessa tehdä opinnäytetyön käyttämällä laadullista menetelmää. Laadullisella menetelmällä hoitajien tiedoista, taidoista ja mielipiteistä hoito-

työn kirjaamista sekä raportointia kohtaan saisi vielä yksityiskohtaisempaa ja kokonaisvaltaisempaa tietoa. Esimerkiksi haastatteleamalla harkinnanvaraisesti valittuja hoitajia hoitajat pääsisivät kertomaan omin sanoin ja laajemmin omia kokemuksiaan sekä mielteitään aiheesta. Määrällisessä menetelmässä aineistonkeruumittari on usein tarkoin suunniteltu ja vastaaminen tapahtuu valmiiksi annettujen vaihtoehtojen kautta.

Opinnäytetyön aihe on hyvin ajankohtainen sekä paljon keskustelua herättävä. Terveystenhoito elää tällä hetkellä tietotekniikan ja viestinnän suhteen muutoksen sekä kehityksen aikaa. Jatkotutkimusaiheet voisivat liittyä hoitotyön kirjaamiseen tai hoitohenkilökunnan väliseen viestintään. Hoitotyön kirjaamisesta on tässä opinnäytetyössä käsitelty vain murto-osa. Hoitotyön kirjaaminen on laaja-alainen aihealue, josta saisi yksinään tehdä kokonaisen opinnäytetyön. Pelkästään kirjaamista koskevien lakitekstien ja säädösten, hoitotyön prosessin tai rakenteisen kirjaamisen tarkempi sisällön avaaminen sekä käsittely riittäisivät opinnäytetyön aiheeksi. Myös hoitotyön viestinnässä on monia osa-alueita raportoinnin lisäksi, joita tässä opinnäytetyössä ei ole käsitelty. Raportoinnin lisäksi voitaisiin käsitellä esimerkiksi hoitajien välistä sanatonta kommunikaatiota, ilmeitä ja eleitä sekä erilaisia ohjeistuksia sekä ennalta sovittuja sopimuksia, joiden mukaan osastoilla toimitaan.

LÄHTEET

Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.). 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Eduix Oy. 2015. E-lomake - Käyttöohjeet. Luettu 15.5.2015 <https://e-lomake.fi/>

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen –Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus –hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteen verkosto ja Sairaanhoidajaliitto ry. Porvoo: Bookwell Oy. Luettu 21.1.2015. <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammatillinen-osaaminen.pdf>

Hallilla, L. (toim.). 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2012. Tilastolliset menetelmät. 5.-7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hopia, H. & Koponen, L. (toim.). 2007. Hoitotyön vuosikirja 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Itä-Suomen yliopisto & Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Suomalaisen hoidon tarveluokitus, STHaL versio 3.0. Luettu 21.1.2016. https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438202/SHTaL_ver+3.0.pdf/c37fa754-2792-41bb-9ccb-d08d43ee1472

Itä-Suomen yliopisto & Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Suomalaisen hoidon toimintaluokitus, STOhL versio 3.0. Luettu 21.1.2016. https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438202/SHToL_ver+3.0.pdf/9ef9350a-fc57-4652-938a-46b5ce73a0cc

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559; henkilötietolaki 434/2003.

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 21.5.1999/621.

Leino-Kilpi H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

- Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC luokituskokonaisuuden käyttö-opas. Luettu 20.10.2015. <https://www.julkari.fi>
- Meum, T. & Ellingsen, G. 2011. 'Sound of silence' – changing from an oral to a computer-mediated handover. *Behaviour & Information Technology* 30:4, 479-488.
- Mustajoki, M., Alila, A., Matikainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.). 2013. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Helsinki: Duodecim.
- Mäkelä, K. 2006. *Terveystenhuollon tietotekniikka. Terveysten ja hyvinvoinnin sovellukset*. Helsinki: Talentum.
- Nurminen, R. (toim.) 2011. *Tulevaisuuden osaaminen erityissairaanhoidossa*. Luettu 20.12.2015. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162038.pdf>
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. *Hoitotyön kirjaaminen, raportointi ja hoitoisuusluokitus*. Luettu 10.5.2015. <http://www.pshp.fi/>
- Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2014. *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Roivas, M. & Karjalainen, A.-L. 2013. *Sosiaali- ja terveystalan viestintä*. 1. painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Sarvestani, S., Moattari, M., Nasrabadi, N., Momennasab, M. & Yektatalab, S. 2015. Challenges of Nursing Handover: A Qualitative Study. *Clinical Nursing Research* 24: 3, 234-252.
- Scovell, S. 2010. Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing standard* 24, 35-39.
- Saranto, K., Ensio, A. Tantt, K. & Sonninen, A.-L. 2008. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Sosiaali- ja terveystministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytännönpäpanosta laadittavasta suunnitelmasta 6.4.2011/341.
- Sosiaali- ja terveystministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.
- Sosiaali- ja terveystministeriö. 2012. *Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely, opas terveystenhuollolle*. Helsinki. Luettu 15.10.2015. <https://julkari.fi/>
- Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. *Hoidon tarpeen arviointi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Teperi, J. 2005. *Erikoissairaanhoito*. Duodecim. Terveystkirjasto. Päivitetty: 2915. Luettu: 27.1.2015 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00053
- Terveystenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 2009. Laatu ja potilasturvallisuus. Potilasturvallisuus. Päivitetty 26.8.2014. Luettu 7.12.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

Tucker, A., Brandling, J. & Fox, P. 2009. Improved record-keeping with reading handover. Nursing Management. 16, 8.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. HTK –ohje 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 23.1.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. 2. uudistettu painos. Juväskylä: PS Kustannus.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juväskylä: PS-kustannus.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa - Määrällisen tutkimuksen perusteet. Juväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. 2015. Terveysthuollon rakenteisen kirjaamisen opas, Osa 1, Versio 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 20.9.2015. www.julkari.fi

WHO. World Health Organization. 2015. Patient Safety. Luettu 28.12.2015. http://www.who.int/topics/patient_safety/en/

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje osastonhoitajille

Hyvät Osastonhoitajat/Yhteyshenkilöt,

Tässä sähköpostissa on liitteenä linkki kyselylomakkeeseeni. Pyytäisin, että jakaisitte linkin sähköpostilla osastojenne hoitajille. Toivoisin, että mahdollisimman moni hoitajista vastaisi kyselylomakkeeseen, painottaen kuitenkin, että vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Vastaaminen on nimetöntä, eikä vastauksia voi jälkikäteen yhdistää osastoon tai henkilöön. Olen liittänyt kyselylomakkeeseen ohjeistuksen vastaamista koskien. Kyselylomakkeeseen vastaaminen kestää noin 15-20 minuuttia vastaajasta riippuen.

Vastaamiseen on aikaa kaksi viikkoa eli vastaukset kerätään _____välisenä aikana.

Vastaan mielelläni opinnäytetyötä ja kyselylomaketta koskeviin kysymyksiin.

Yhteistyöstä kiittäen,

Erika Lahtinen

sairaanhoitajaopiskelija

erika.lahtinen@health.tamk.fi

Liite 2. Saatekirje hoitajille

Hyvät Hoitajat,

Opiskelen sairaanhoitajaksi Tampereen ammattikorkeakoulussa viimeistä vuotta. Teen opinnäytetyötä osastollenne, jonka aiheena on raportointi akuuttiosastolla hoitohenkilökunnan kokemana. Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia osastoilla käytettävistä raportointikäytännöistä, ja mahdollisesti sitä kautta saada tietoa siitä, millä tavalla niitä voitaisiin kehittää tulevaisuudessa.

Opinnäytetyöprosessi on edennyt aineistonkeruuvaiheeseen. Kerään aineiston kyselylomakkeella, johon pyydän Sinua vastaamaan. Kyselylomake on sähköinen ja sen täyttäminen kestää noin 15-20 minuuttia vastaajasta riippuen. Kysymykset koostuvat väittämistä, joihin on valmiit vastausvaihtoehdot sekä muutamista avoimista kysymyksistä. Kyselylomakkeessa aihealueina ovat vastaajan taustatiedot, kirjaaminen potilaskertomukseen sekä suullinen ja hiljainen raportointi, joihin vastataan sen mukaan, kumpi on osastollanne käytössä.

Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja tapahtuu nimettömänä. Kyselylomakkeen vastauksia ei voi yhdistää käsittelyvaiheessa henkilöön tai osastoon. Keräämäni aineiston käsittelen ehdottomalla luottamuksella, säilyttäen sen asianmukaisesti. Aineisto hävitetään opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

Haluan vielä korostaa, että kyselylomakkeessa ei ole oikeita tai vääriä vastauksia. Olen kiinnostunut henkilökohtaisista mielipiteistänne ja kokemuksistanne.

Kyselylomakkeen alkuun on liitetty tarkempi ohjeistus vastaamiseen liittyen.

Vastaukset kerätään _____välisenä aikana.

Vastaan mielelläni opinnäytetyötä ja kyselylomaketta koskeviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,

Erika Lahtinen

Sairaanhoitajaopiskelija

erika.lahtinen@health.tamk.fi

Liite 3. Kyselylomake

Raportointi akuuttiosastolla -hoitohenkilökunnan kokemana

Kyselylomake sisältää suljettuja väittämiä sekä avoimia kysymyksiä. Taustatietoja ja kirjaamista koskevat väittämät sekä kysymykset ovat kaikille hoitajille yhteisiä. Raportointia koskevat kysymykset ja väittämät hoitaja valitsee sen mukaan, onko osastolla käytössä suullinen vai hiljainen raportointimenetelmä. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 15-20 minuuttia vastaajasta riippuen. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Kyselylomakkeesta ei voi tunnistaa siihen vastannutta hoitajaa.

TAUSTATIEDOT

Seuraavat väittämät koskevat taustatietoja. Valitse sopivin vaihtoehto. Jotkin väittämät sisältävät avoimen kysymyksen vastauksesta riippuen. Vastaa tarvittaessa näihin kohtiin lyhyesti omin sanoin.

	perus-/lähihoitaja	sairaanhoitaja
1. Koulutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	alle 5	6-10	11-20	yli 20
2. Hoitoalan työkokemus vuosina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	vakituinen	osa-aikainen	määräaikainen
3. Työsuhde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	hiljainen raportointi	suullinen raportointi	molemmat
4. Osastolla käytössä oleva raportointimuoto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4a. Mikäli osastolla on käytössä molemmat raportointimuodot tarkenna omin sanoin, missä tilanteissa/vuoronvai-
doissa hiljaista ja suullista raportointia käytetään _____

KIRJAAMINEN POTILASKERTOMUKSEEN

Seuraavat väittämät koskevat kirjaamista potilaskertomukseen. Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto. Osa väittämistä sisältää avoimen kysymyksen vastauksesta riippuen. Vastaa tarvittaessa näihin kohtiin lyhyesti omin sanoin.

	kyllä	ei	en tiedä
5. Olen saanut osastolla kirjaamiseen liittyvää koulutusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5a. Mikäli olet saanut osastollanne kirjaamiseen liittyvää koulutusta tarkenna omin sanoin, millaista koulutus on
olut _____

	kyllä	ei	en tiedä
6. Osastolla kirjataan hoitoyön prosessin mukaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
7. Hoitohenkilökunnalla on yhtenäiset kirjaamiskäytännöt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Potilaan tilaa koskevia kirjauksia tehdään systemaattisesti koko työvuoron ajan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Kirjaukset antavat tarpeeksi tietoa potilaan turvallisen hoidon toteuttamiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Kirjaukset ovat ajan tasalla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Kirjaukset kirjataan niille tarkoitettujen otsikoiden alle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Etsimänsä tiedot löytää helposti potilasasiakirjoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Tietokoneet sijaitsevat kirjaamista tukevassa paikassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Kirjaamista varten osastolla on tarpeeksi tietokoneita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Kirjauksista saa selkeän kuvan potilaan sen hetkisestä tilasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Kirjauksissa on mielestäni puutteita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16a. Mikäli kirjauksissa on mielestäsi puutteita, tarkenna omin sanoin, mitä nämä puutteet ovat _____

	kyllä	ei
17. Koen tällä hetkellä kirjaamisen lisäkoulutuksen tarpeelliseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seuraavat avoimet kysymykset koskevat kirjaamista potilaskertomukseen. Vastaa kysymyksiin omin sanoin.

18. Mitä laadukas kirjaaminen mielestäsi pitää sisällään? _____

19. Mitä osaamista hoitajalta vaaditaan laadukkaan kirjaamisen toteutumiseen? _____

Olet vastannut nyt kaikkiin yhteisiin kysymyksiin. Seuraavat kysymykset valikoituvat sen mukaan, onko osastollasi käytössä suullinen vai hiljainen raportointi. Mikäli vastasit taustatiedoissa, että osastollasi käytetään molempia raportointimuotoja vastaa sen raportointimuodon kysymyksiin, jota käytetään pääsääntöisesti. Suullisen raportoinnin kysymykset ovat kyselylomakkeessa seuraavaksi, kysymykset numero 20.-32. Hiljaisen raportoinnin kysymykset alkavat numerosta 33. ja päättyvät numeroon 43.

SUULLINEN RAPORTOINTI

Seuraavat väittämät koskevat suullista raportointia. Valitse sopivin vaihtoehto. Osa väittämistä sisältää avoimen kysymyksen vastauksesta riippuen. Vastaa tarvittaessa näihin kohtiin lyhyesti omin sanoin. (Mikäli osastollasi on käytössä hiljainen raportointi ÄLÄ VASTAA näihin väittämiin, vaan siirry kysymykseen numero 33.)

	kyllä	ei	en tiedä
20. Olen saanut osastolla koulutusta suulliseen raportointiin liittyen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
21. Vuorossa on tarpeeksi aikaa suullisen raportin kertomiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Vuorossa on tarpeeksi aikaa suullisen raportin vastaanottamiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Suullisella raportilla keskustellaan vain potilasasioista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Suullisen raportin antava hoitaja käyttää raportinannon apuna sähköisiä potilasasiakirjoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Raportin vastaanottava hoitaja täydentää suullisesti saatua raporttia lukemalla potilasasiakirjoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Koen saavani suullisesta raportista kaiken tarvittavan potilasta koskevan tiedon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Suulliseen raportointiin tarkoitetut tilat ovat rauhalliset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Kaikki suullisesti raportoitu löytyy myös sähköisistä potilasasiakirjoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Mielestäni suullisessa raportoinnissa on puutteita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29a. Mikäli suullisessa raportoinnissa on puutteita, tarkenna omin sanoin, mitä nämä puutteet ovat _____

Seuraavat avoimet kysymykset koskevat suullista raportointia. Vastaa kysymyksiin omin sanoin.

30. Mitä hyvää on suullisessa raportointimuodossa? _____

31. Mitä kehitettävää on suullisessa raportointimuodossa? _____

32. Mitä muuta haluaisit vielä sanoa? _____

Mikäli osastollasi on käytössä suullinen raportointi, ja vastasit jo sitä koskeviin yllä oleviin kysymyksiin ja väittämiin, siirry palautusta varten kyselylomakkeen loppuun. Kiitos vastauksesta!

HILJAINEN RAPORTOINTI

Seuraavat väittämät koskevat hiljaista raportointia. Valitse sopivin vaihtoehto. Osa väittämistä sisältää avoimen kysymyksen vastauksesta riippuen. Vastaa tarvittaessa näihin kohtiin lyhyesti omin sanoin. (Mikäli osastollasi on käytössä suullinen raportointi, älä vastaa seuraaviin hiljaista raportointia koskeviin kysymyksiin ja väittämiin, vaan siirry kyselylomakkeen loppuun palautusta varten.)

	kyllä	ei	en tiedä
33. Olen saanut osastolla koulutusta hiljaiseen raportointiin liittyen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
34. Vuorossa on tarpeeksi aikaa potilasasiakirjoihin tutustumiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Hiljaisen raportoinnin toteutumiseen on rauhalliset tilat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Hiljaisessa raportoinnissa hoitaja voi valikoiden tutustua vain potilaan hoidon kannalta olennaiseen tietoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Osaan poimia kaiken potilaan hoidon kannalta olennaisen tiedon kirjauksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Hiljainen raportointi ei estä osaston henkilökunnan välistä kommunikaatiota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Tiedyt asiat vaativat mielestäni myös suullisen raportin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39a. Mikäli jotkin asiat vaativat mielestäsi myös suullisen raportin hiljaisen raportin tueksi tarkenna mitä nämä asiat ovat _____

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
40. Koen saavani hiljaisesta raportoinnista kaiken tarvittavan potilasta koskevan tiedon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seuraavat avoimet kysymykset koskevat hiljaista raportointia. Vastaa kysymyksiin omin sanoin.

41. Mitä hyvää on hiljaisessa raportoinnissa? _____

42. Mitä kehitettävää on hiljaisessa raportoinnissa? _____

43. Mitä muuta haluaisit vielä sanoa? _____

Kiitos vastauksesta!